

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N°

484

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Victor KOHEN

Né à Bucarest, le 10 novembre (28 oct.) 1893

LA FRÉQUENCE

DE LA

CONTAGION CONJUGALE

ET DE

L'HÉRÉDITÉ SIMILAIRES

DANS LE TABÈS ET LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Président : M. JEANSELME, professeur

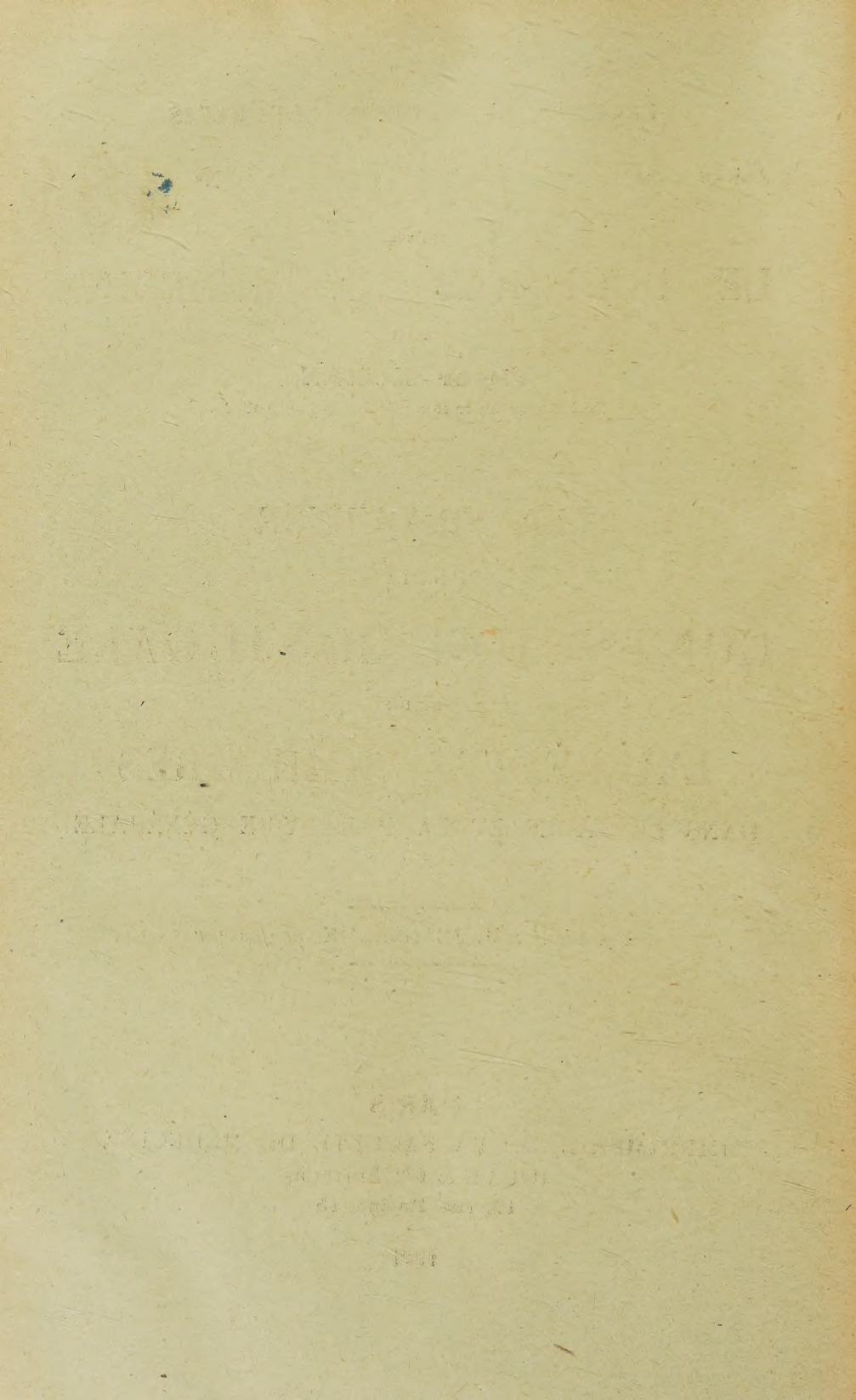
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1921



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N°

484

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Victor KOHEN

Né à Bucarest, le 10 novembre (28 oct.) 1893

LA FRÉQUENCE

DE LA

CONTAGION CONJUGALE

ET DE

L'HÉRÉDITÉ SIMILAIRES

DANS LE TABÈS ET LA PARALYSIE GÉNÉRALE



Président : M. JEANSELME, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, rue Racine, 45

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

Anatomie.	MM. NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHEL
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Clinique thérapeutique chirurgicale.	PIERRE DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
Hygiène et clinique de la 1^{re} enfance	CHAUFFARD
Clinique des maladies des enfants.	MARFAN
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	NOBECOURT
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	DUPRÉ
Clinique des maladies du système nerveux.	JEANSELME
Clinique des maladies contagieuses	PIERRE MARIE
	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET
	GOSSET
	LEJARS
Clinique ophtalmologique	HARTMANN
Clinique des maladies des voies urinaires.	DE LAPERSONNE
	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
Clinique gynécologique.	BRINDEAU
Clinique chirurgicale infantile	J.-L. FAURE
Clinique thérapeutique.	AUGUSTE BROCA
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	VAQUEZ
	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FISSINGER	LELORIER	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILLÉMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERNIEN
CHURAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DE SMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

A MA SCEUR ET A MES FRÈRES

AUX MIENS ET A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES
MORTS SUR LES CHAMPS DE BATAILLE

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur E. JEANSELME

Médecin de l'hôpital Saint-Louis
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
(1912-1921)

- M. le Professeur LANDOUZY (*in memoriam*).
M. le Professeur CUNÉO, chirurgien à la Maison municipale de Santé.
M. le Docteur DEMOULIN, chirurgien à Boucicaut (*in memoriam*).
M. le Docteur VICTOR VEAU, chirurgien des hôpitaux.
M. le Professeur agrégé WALTHER, chirurgien à la Pitié.
M. le Docteur J. NAGEOTTE, médecin à la Salpêtrière, professeur au Collège de France.
M. le Docteur VICTOR PAUCHET, professeur de clinique chirurgicale à Amiens.
M. le Docteur QUEYRAT, médecin à Cochinchine.
M. le Professeur THOMAS JONNESCO, de la Faculté de Médecine de Bucarest.
M. le Professeur MANICATIDE, de la Faculté de Médecine de Jassy.
M. le Professeur NICOLAS THOMESCO, de la Faculté de Médecine de Bucarest (*in memoriam*).
M. le Docteur P. CORYLOS, chirurgien de l'hôpital français d'Athènes.
M. le Docteur MOCQUOT, chirurgien à Cochinchine.
M. le Docteur BARRET, radiologiste aux Enfants-Assistés.
M. le Professeur BAR, Clinique Tarnier.
M. le Professeur agrégé M. CHEVASSU, chirurgien à Cochinchine.
M. le Docteur E.-L. GAUTIER, assistant à la consultation des voies urinaires à l'Hôpital Cochinchine.
et à MM. les Docteurs DESMAREST, FRÉDET, BAUMGARTNER et MILIAN.

LA FRÉQUENCE

DE LA

Contagion conjugale et de l'hérédité similaires

DANS LE TABÈS ET LA PARALYSIE GÉNÉRALE

INTRODUCTION

Pendant notre séjour dans le service de notre Maître, M. le Professeur Jeanselme, nous eûmes la bonne fortune d'observer deux femmes atteintes l'une de tabes, l'autre de tabo-paralyse. Les maris de ces deux femmes étaient morts tous les deux de paralysie générale, l'un à Villejuif, l'autre à Ste-Anne, où nous avons retrouvé leurs observations.

M. Jeanselme attira notre attention sur ces cas, qui servirent d'ailleurs de sujet à sa leçon clinique du 22 avril 1921, et nous engagea à les faire entrer dans une thèse.

Comme l'étude de cette question ramène en discussion celle de l'unité ou de la pluralité du tréponème, nous nous sommes proposé de contrôler, sans aucune idée préconçue, la valeur de quelques arguments invoqués en faveur de la théorie dualiste.

Nous avons pensé, dans cet ordre d'idées, qu'il serait intéressant d'établir quelle est la fréquence de la P. G. et du tabès conjugaux, en dressant une statistique basée sur un grand nombre d'observations que nous avons étudiées dans les Hôpitaux de Paris et les Asiles de la Seine ; mais comme ces observations étaient incomplètes, nous n'avons pu en faire état. *

* Ceci nous a fait regretter qu'on n'ait pas encore créé des livrets de santé individuels et obligatoires, où tout médecin appelé à donner ses soins à un malade inscrirait les symptômes, le diagnostic et le traitement s'il y a lieu. Ce livret permettrait à un médecin, qui serait ultérieurement appelé à examiner ce même malade, de se rendre compte très exactement de ses antécédents héréditaires et personnels, expliquerait très souvent l'étiologie des symptômes qu'il présente et per-

Nous avons donc été obligés de nous contenter d'une quinzaine de cas inédits qu'on nous a signalés et de ceux, rencontrés dans la littérature, que nous résumons plus loin.

Au cours de nos recherches sur les cas de P. G. ou de tabès d'origine conjugale observés dans les hôpitaux ou recueillis dans la littérature, nous avons constaté que les renseignements donnés sur l'état du conjoint étaient moins précis que ceux concernant l'état de la progéniture.

Dans un certain nombre de ces familles de P. G. et de tabétiques, nous avons crû remarquer qu'après une série de fausses couches, d'enfants mort-nés ou en bas-âge, *le premier enfant survivant* faisait une syphilis nerveuse en tous points semblable, tant par sa forme que par la durée de son incubation et son évolution, à celle de l'ascendant transmetteur, ressemblance que nous avons notée aussi dans beaucoup de neuro-syphilis conjugales.

Nous avons donc été conduits à élargir le champ de nos recherches en adjoignant à l'étude de la P. G. et du tabès d'origine conjugale, celle de la P. G. et du tabès juvéniles d'origine héréditaire. Ces exemples semblent le mieux montrer le rôle souvent prépondérant de la graine.

Après un bref aperçu historique, nous résumerons les observations que nous avons rencontrées dans la littérature et celles inédites étudiées par nous, nous les discuterons et exposerons les conclusions qui s'en dégagent.

Mais avant d'entrer en matière, qu'il nous soit permis d'apporter ici l'expression de notre gratitude à MM. *Babinski, Bezançon, Sicard, Ravaut, Roubinovitch, Nageotte, Milian, A. Marie, Levaditi, M. Briand, Capgras, Souques, Leroy, Ducosté*, qui, en nous fournissant des observations ou des renseignements, ont grandement facilité notre travail de documentation.

31 mai 1921.

mettrait, par exemple pour les maladies contagieuses dont la déclaration n'est pas obligatoire comme les affections vénériennes, de prendre des mesures efficaces pour empêcher la contamination.

En effet le malade, une fois averti par son médecin de la nature de sa maladie et de la nécessité pour lui de s'abstenir de tout acte susceptible de la transmettre à autrui, se saurait passible de poursuites pour avoir sciemment exposé des personnes à la contagion au cas où il n'aurait pas tenu compte de l'avertissement porté sur son livret.

HISTORIQUE ET GÉNÉRALITÉS

La paralysie générale était inconnue des anciens 7).

Les premières descriptions de maladie pouvant faire penser à la P. G. remontent à 1606 (*Carolus Piso* 1) et 1681 (*Willis Thomas* 2). *Morgagni*, *Lieutaud*, *Cullen* et d'autres en ont également bien décrit les symptômes sans songer à en faire une entité morbide déterminée. Mais, jusqu'en 1789, on ne parle que de délire mélancolique, et dans les observations les plus probantes, celles qui ne laissent aucun doute sur la nature de la maladie, on ne trouve jamais mention d'idées de grandeur, ni de délire ambitieux. A partir de 1789, c'est au contraire le délire ambitieux qui domine chez les P. G.

Pinel 3) n'a fait qu'entrevoir la P. G. qu'il considérait comme une fièvre lente, nerveuse, adynamique. *Esquirol* a décrit assez nettement les symptômes où la paralysie complique la démence, en faisant remarquer la gravité de ces cas 4).

Bayle, dans sa thèse 5) est le premier à en faire une entité morbide, et désigne cette maladie sous le nom d'*arachnitis chronique*. *Calmeil* et ensuite *Baillarger* achevèrent de l'identifier. Mais ces auteurs n'avaient pas observé la P. G. chez la femme, et *Neumann* 6) la niait encore en 1857, *Esquirol* la donnait comme très rare, *Krafft-Ebing* en 1877 donnait la proportion de 8 hommes pour 1 femme 8), alors qu'en 1895 il trouve une proportion de 1 femme pour 2,40—3,49 hommes 9). *Idanow*, en 1894, a réuni les statistiques de la plupart des Etats de l'Europe 10), ayant opéré sur un chiffre de 104.284 aliénés, et a trouvé comme rapport moyen 3,09 hommes pour 1 femme, (en France 2,40 pour 1).

En même temps, le nombre total des P. G. a énormément augmenté pendant le XIX^e siècle ; alors qu'ils étaient très peu nombreux il y a cent ans, leur chiffre s'est accru progressivement et rapidement ; pour la période de 1873-1892 11) la proportion des P. G. sur 100 aliénés internés est passée de 8 à 17,5 à Berlin ; à Vienne de 4 à 10 ; à Munich de 8,5 à 11,2 ; à Budapest de 4,5 à 7,5. Actuellement, dans les pays occidentaux, on a une proportion moyenne de 15 P. G. sur 100 aliénés internés.

Quant au *tabes*, isolé cliniquement par *Romberg* (1851) et surtout par *Duchenne* (1858), il paraît plus fréquent chez les femmes et aussi répandu en général que la P. G.

Le premier cas de P. G. conjugale a été relaté par *Kjelberg* en 1863, suivi d'un autre après. *Goldsmith* en communiqua un au Congrès des aliénistes américains de Sératoga en 1885, 4 autres cas le furent en 1887 par *Ludwig Acker* et par *Ziehen*.

Le premier cas de tabes conjugal fut publié par *Voigt* en 1885 dans un travail sur l'étiologie du tabes, et un deuxième par *Strümpell* en 1888 12).

Mais, la P. G. et le tabes furent considérés jusqu'il y a environ 40 ans, comme des maladies de l'âge mur. *Clouston*, en 1877, publia la première observation de P. G. juvénile chez un garçon de 16 ans, dont le diagnostic fut confirmé par l'autopsie et l'examen microscopique des lésions 13). A la suite de cette observation, on songe à rechercher la P. G. dans le jeune âge et on l'y rencontre. La deuxième est celle de *Turnbull* 14), en 1881, qui est en même temps la première observation de P. G. juvénile héréditaire, confirmée par l'autopsie.

En 1885, dans une de ses leçons, *Fournier* présente le premier cas observé de tabès juvénile chez un hérédo-syphilitique 15), et, la même année, *Remak* publie le premier cas de tabes juvénile chez un garçon de 13 ans dont le père était également tabétique 16).

A partir de ce moment, le nombre de ce genre d'observations publiées augmente progressivement chaque année. En 1899, *Raecke* 17) donne un aperçu particulièrement riche et soigné des nombreux cas déjà publiés. Il rassemble 69 observations de P. G. et de tabes d'origine conjugale, dont 7 personnelles. Les deux maladies se répartissent :

P. G. des deux conjoints : 27 cas ; tabes des 2 époux : 22 ;

P. G. de l'homme, tabes de la femme : 14 cas ; tabes de l'homme ;

P. G. de la femme : 6 cas. *Mœnkemüller* 18), en 1900, publie 18 cas, dont 14 couples P. G., 2 couples où le mari était tabétique et sa femme P. G., 1 où le mari était P. G. et la femme tabétique, et 1 cas de tabes conjugal. Dans 3 de ces cas, les deux époux tombent malades en même temps, preuve qu'ils se sont infectés tous les deux à la même époque, après le mariage. En 1908, *Junius* et *Arndt* 19) publient un tableau de 38 cas de tabo-paralysie et P. G. d'origine conjugale recueillis par eux : 31 fois les deux époux étaient P. G. ; le mari P. G., la femme tabétique 6 fois ; le mari tabétique, la femme P. G. 1 fois.

Valles 20), dans sa thèse en 1910, cite 47 cas de tabes conjugal, sans compter les 15 cas semblables observés par *M. Babinski* et rapportés par lui à la séance de la Soc. de Neurologie qui eût lieu en avril 1900. Quant aux cas de P. G. ou de tabo-

P. G. conjugaux qui, de par la nature de leurs manifestations, donnent lieu à l'internement, ils ont fait l'objet de plus nombreuses publications dont le chiffre était d'environ 200 en 1910.

Sur ce chiffre *MM. A. Marie et Beaussart* en ont publié 27.

De 1910-1921, nous n'avons trouvé dans la littérature qu'une vingtaine de cas de P. G. ou tabes d'origine conjugale. Est-ce parce que depuis qu'on se sert de la réaction de Wassermann, la nature syphilitique de la P. G. et du tabes étant suffisamment prouvée, on n'avait plus besoin de citer ces cas de contagion similaire pour convaincre ceux qui hésitaient encore à l'admettre ? Ou serait-ce dû à l'emploi de l'arsénobenzol qui abrège en général le laps de temps pendant lequel un syphilitique est contagieux ?

Quant à la P. G. juvénile, *Arsimoles et Halberstadt* 22) en avaient rassemblé dans toute la littérature, 250 en 1910 ; parmi lesquels 22 publiés par le prof. *Mott* 23) de Londres. Comme le font justement remarquer ces auteurs, le nombre réel de ces cas doit être beaucoup plus grand, mais souvent ce diagnostic n'est pas fait et, dans la grande majorité des cas, l'internement ne s'impose pas, soit à cause de l'âge, soit à cause de la forme de démence simple à laquelle se réduit souvent la physionomie clinique.

A. et H. ont fait à l'hérédité similaire une place à part dans leur étude et ont relevé sur 250, 20 cas de P. G. juvéniles dont l'un au moins des parents était également P. G., plus un autre cas douteux. Mais nous remarquons qu'ils n'ont pas relevé en même temps les cas où l'un des parents était tabétique, ce qui aurait certainement augmenté la proportion de l'hérédité similaire, car, comme le dit très bien M. *Guillain*, le tabes et la P. G. sont en réalité la même maladie localisée à deux étages différents du névraxe. D'autre part, nous n'avons pas trouvé parmi ces 21 cas, par ex. les 3 cas de P. G. fils de P. G. qui figurent dans le tableau synoptique de *Mott* 23) que nous avons pu consulter. Il est donc probable qu'en regardant de plus près, on trouverait une proportion sensiblement plus forte de P. G. héréditaires. *

De 1910 jusqu'à présent, nous avons relevé la bibliographie de 55 cas de P. G. juvénile, dont nous n'avons pas pu nous procurer les observations à temps pour ce travail.

Au sujet du tabes juvénile, dont l'existence a été contestée

* Dans un assez grand nombre de cas, comme le font remarquer A. et H., il s'agit d'enfants abandonnés, dont on ne connaît pas les antécédents héréditaires.

par certains auteurs, mais qui a acquis droit de cité dans la pathologie infantile depuis que ses lésions ont été reconnues au cours de quelques autopsies récentes confirmant ce diagnostic chez des enfants, *Hirtz* et *Lemaire* en 1905 en ont groupé 46 cas, dont 26 dans les 15 premières années de la vie. En 1909, *Hutinel* et *Babonneix* portaient à 34 le nombre de ces derniers cas. Sur les 46 cas rassemblés par H. et L. dans un tableau synoptique, il y avait 4 cas de syphilis acquise par les enfants (de leur nourrice, etc.) et 4 cas où le père était tabétique (3 fois) ou P. G. (1 fois). Depuis cette date, nous avons relevé la bibliographie de 25 cas de tabes et 3 de tabo-paralysie juvénile.

En ce qui concerne la fréquence de la contagion similaire de la P. G., M. *Page* (dans une note lue par M. *Dufour* à la séance du 9 juillet 1920 du Congrès de Neurologie 24), qui a interrogé avec soin malades, amis et familles, a trouvé celle-ci dans 17 cas sur 61 : 5 fois le mari et la femme, 7 fois des amis, une fois un oncle et son neveu, 4 fois le mari, la femme et l'amant. Il est certain que ces enquêtes sont difficiles, mais quand on a l'esprit en éveil, en cherchant bien on trouve souvent des contagions similaires. La possibilité d'une simple coïncidence, ainsi que l'admet M. *Sicard*, semble impossible à M. *Page*, par la multiplicité des cas. La plupart des P. G. nient la syphilis, très souvent parce qu'ils ne se sont aperçus de rien. Sur ces 61 P. G. *, 49 fois le malade ou son entourage n'a pu décrire autre chose qu'un chancre, de la céphalée, soit du zona (11 fois), soit une paralysie des muscles moteurs de l'œil (23 fois).

M. *Page* a dû probablement faire son enquête dans sa clientèle privée, car d'après ce que nous avons vu, cela est beaucoup plus difficile, sinon impossible dans les hôpitaux ou les asiles, où une semblable recherche serait une œuvre de très longue haleine.

Par contre, *Gayet*, dans sa thèse 25), sur 1.820 hommes et 609 femmes P. G. internés à Armentières et Bailleul, de 1871 à 1909, n'a trouvé que 25 couples atteints de P. G. ou de tabo-P. G. Sur ces 25, les 8 derniers ont été dépistés par lui-même pendant les 2 dernières années, en observant les femmes qui venaient voir au parloir leurs époux internés.

* *Fournier*, qui a pu suivre personnellement 83 malades, depuis le chancre jusqu'à la P. G., a remarqué aussi que leur syphilis évoluait à bas bruit.

Nous observons donc que sur un chiffre moyen de 46 hommes et 15 femmes P. G. entrés annuellement, il a pu dépister 8 couples de P. G. ou de tabético-paralytiques, dont le conjoint ne fait pas le plus souvent l'objet de l'internement. Ceci nous donne une moyenne annuelle de 4 sur 61 ou de 3,81 0/0. Mais Gayet ne nous dit pas combien de ces internés sont mariés, ni si la syphilis a été contractée longtemps avant le mariage, fait qui diminuerait beaucoup pour l'autre conjoint le risque d'être contaminé. *Monkemüller* 18) en avait observé 18 sur 741 soit 2,43 0/0. Nous-mêmes avons observé au cours de nos recherches dans les Asiles de la Seine que les 2/3 des P. G. des deux sexes internés n'étaient pas mariés et par conséquent il faut les exclure d'une statistique de ce genre. D'autre part le premier des conjoints infectés l'a été d'habitude plus ou moins longtemps avant son mariage, ou s'il l'a été après, c'est souvent à une époque où il était séparé pour un certain temps de l'autre.

Pour établir par conséquent une statistique exacte, il faudrait tenir compte de ce fait, autrement les résultats annoncés ne correspondent pas à la réalité. M. Marie lui-même, qui a observé 30 cas de P. G. conjugale à Villejuif depuis 20 ans sur un total d'un millier de P. G. internés la-bas et vus par lui, ce qui donnerait au premier abord une proportion de 3 0/0, n'a pas fait ses recherches de la façon systématique que nous entendons.

M. *Souques* de son côté nous a dit avoir découvert par hasard que, sur une centaine de tabétiques examinés dans son service depuis un an, 3 avaient un conjoint également tabétique présentement.

Mais M. *Crocq* 26) (de Bruxelles), qui a analysé le sang de toutes les épouses de ses P. G. n'a trouvé une réaction B.-W. positive que dans 30 0/0 des cas, et jamais de P. G. ou de tabes chez ces femmes.

M. *Ducosté*, médecin de la Maison de Santé de Ville-Evrard, nous communique que sur 40 femmes de P. G. une seule avait un B.-W. séro-positif.

Il convient de remarquer ici que la clientèle de la Maison de Santé de Ville-Evrard se compose de personnes dont les ressources matérielles et l'instruction sont de beaucoup supérieures à celles des malades internés dans les asiles. Or, comme *Régis* 27) l'a bien montré, dans la classe élevée on trouve une proportion de 33,3 P. G. sur 100 hommes aliénés, et seulement de 2,58 sur 100 femmes aliénées. Ceci tient à ce que cette caté-

gorie plus instruite d'hommes ne se marie pas quand elle se sait syphilitique tant que le médecin ne l'y autorise.

Il en est tout autrement dans la classe ouvrière des villes, où Régis a constaté 23 hommes et 7,7 femmes atteints de P. G. sur 100 aliénés, et surtout dans les campagnes où il a trouvé un nombre presque égal d'hommes et de femmes P. G. (3 hommes et 2,3 femmes P. G. sur 100 aliénés). Ceci s'explique par le fait que l'ouvrier et surtout le paysan ignore presque toujours sa syphilis et les dangers qu'il fait courir à sa compagne. C'est également pour cette raison que les observations des maisons de santé privées sont d'habitude plus précises, au sujet des antécédents syphilitiques des malades, que celles des hôpitaux et asiles. D'ailleurs, en clientèle ou dans les maisons de santé les médecins ont beaucoup moins de malades à voir que dans les hôpitaux et asiles et peuvent leur consacrer beaucoup plus de temps de même qu'à leurs familles. Une autre difficulté est celle d'obtenir des renseignements valables sur l'état de santé des membres des familles d'un interné dans un asile et surtout de les faire venir se laisser examiner à leur tour.

Nous pensons que toutes ces difficultés pourraient être résolues si l'on créait un livret de santé individuel et obligatoire, comme nous l'avons dit plus haut. Ce livret pourrait en même temps servir de base à des statistiques qui seraient alors rigoureusement exactes.

I. — OBSERVATIONS DE P. G. ET TABES D'ORIGINE CONJUGALE

Nous résumons plus bas toutes les observations rencontrées dans la littérature et contenant les renseignements qui nous intéressent et les faisons suivre de celles, *in-extenso*, étudiées par nous dans les hôpitaux.

Les plus récents travaux d'ensemble remontent : à 1906, pour la *P. G. conjugale* (th. Leroy) ; à 1909, pour le *tabes conjugal* (th. Vallès) ; à 1909, pour la *P. G. héréditaire* (th. Bonneau) ; à 1905, pour le *tabes juvénile* (Hirtz et Lemaire) ; à 1910, pour la *P. G. juvénile* (Arsimoles et Halberstadt). Nous aurions voulu leur ajouter toutes les

observations publiées depuis, mais nous n'avons pu nous procurer à temps celles parues à l'étranger depuis la guerre.

Obs. 1 — P. G. CONJUGALE : *Goldsmith* (Congrès des aliénistes améric. de Sératoga, 1885). Un gentleman et sa femme ayant contracté *tous les deux la syphilis*, sont atteints de P. G. 8-10 ans après.

Obs. 2 — (*Goldsmith*). Un homme contracte la syphilis et la donne à sa femme ; une sœur de celle-ci, âgée de 16 ans, qui demeurait avec eux, prit aussi la syphilis. *Mari* atteint de P. G. 6 ans après l'infection ; *sa femme*, 8 ans après ; *la belle-sœur* 7 ans après, à 23 ans.

Obs. 3 — (*Ludwig Acker*) Mme X... 47 ans ; fit 3 fausses-couches et resta sans enfants ; ménopause à 37 ans. A 47, rentre à l'asile de Mosbach (Bav.) avec tous les symptômes de la P. G. — *Mari* syphilitique, *mort* P. G. dans le même asile 4 ans auparavant.

A la Soc. de Psych. et des mal. nerveuses de Berlin (séance du 12 mai 1888), *Mendel* rapporta 5 cas observés par lui, où les deux époux furent *simultanément atteints de syphilis et de P. G.* ; *Westphal* en rapporta 3 semblables.

Obs 4 — (*Evrard*) R..., 47 ans. (*Père dément interné, mère morte à l'asile*) syphilis datant de 17-18 ans, communiquée à sa femme P. G. à la 2^e période depuis 2 ans ; rémission, puis 3^e période (L'hérédité névropathique n'accélère pas l'évolution).

Femme R..., 47 ans, *pas d'hérédité*. P. G. ayant débuté *qqs mois après* celle de son mari. Morte le 30 avril 1889.

Obs. 5 — (*th. Evrard*) P..., 44 ans, entré le 10 I. 1885. P. G. 2^e période. Mort en juillet. Autopsie confirmative.

Femme P..., 36 ans, entrée 14 août 1885, P. G. et syph. second. (Plaques muq. anales et pharyng.) contractée de son époux. Traitement spécifique. Sort amélioré le 8 XI 1887. —

Cullère, au Congrès de Rouen, en 1890, présente le premier travail d'ensemble sur la question et rapporte 3 obs. personnelles (2 couples P. G. et un où la femme est P. G., le mari tabétique) auxquelles il joint un quatrième cas (P. G. conjugale) appartenant au Dr Bell. Ces cas sont les premiers de ce genre observés en France.

Obs. 6 — (*Ingeltrans*) Rosalie D..., 44 ans, entrée à la Salp. le 31 mars 1892. Mariée à 23 ans. (*Epoux* : *nie syphilis ; tabétique depuis 1891* : douleurs fulgurantes dans les jambes,

incoordination, Romberg, Westphall). Elle n'a eu aucune grossesse. *En nov. 1891*, ses jambes commencent à se dérober sous elle, élancements dans le dos, céphalées. Après qqs mois, la marche devient impossible, ne sent plus la résistance du sol. Ataxique, demeure chez elle. En 1895, *malgré son état cachectique, devient enceinte, son mari étant lui-même cachectique à ce moment-là*. Grossesse normale. Accouchement à Beaujon : *aucune douleur*, inertie utérine complète ; application de forceps douloureuse. Accouché d'un garçon qui, mis en nourrice à la campagne, a actuellement 20 mois, et paraît bien portant.

Examen neur. : Myosis bilat. avec Argyll. Acuité visuelle à g. diminuée. Troubles de la sensibilité cutanées des membres inf. Zone consid. d'anesth. et d'analgésie ; plante du pied insensible. Retard de 6-7 secondes à la perception là où la sensibilité persiste. Amyotrophie des 4 membres, amaigrissement extrême. Tuberculose pulm. du 2^e degré.

Obs. 7. — (Kéraval et Raviart) Homme, 41 ans ; syphilis *contr. au régt.* Marié en 1881, pas d'enfant. Début il y a 3 ans par troubles gastr., hématemèses, dyspnée ; propos incohérents. 15 j. *avant son internement* (22 IX. 1896) : démence paralytique. Mort dans le gâtisme le 27 IX. 1896.

Sa femme, 40 ans. Troubles de la sensibilité, hyperesthésie générale, douleurs en ceinture, dimin. consid. de l'acuité visuelle depuis qqs années. Ces troubles s'aggravent. Le 1. XII 1899, rentre chez elle avec des idées de grandeur et de richesse puis doul. fulg. Internée. *Tabo-paralysie. Meurt le 31 XII. 1899* de cachexie paralytique.

Obs. 8. — (Ibid.) Homme 52 ans. Pas trace de syphilis. Marié en 1878, eut 2 enf. b. p. Sa femme l'a quitté il y a 15 ans pour se livrer à la débauche). Depuis 19 mois troubles gastriques, étourdissements et doul. périph. *Actuellement*, symptômes de P. G. au complet.

Sa femme, le quitta en 1886, fut prostituée, sortit d'une maison de tolérance il y a quelques mois. Présente *actuellement* tous les signes de la P. G. à une période très avancée.

Obs. 9. — (Ibid.) Homme, 48 ans. (un oncle mat. P. G.). Marié, 4 enf. : 22, 21, 19, 11 ans. Interné pour P. G. le 21 août 1895. *Meurt* dans le marasme *paralytique* le 22 mars 1897. *Sa femme meurt P. G.* le 1 mai 1897, (Syphilis après la naissance du 3^e enfant ?)

Obs. 10. — (Ibid.) Homme, 38 ans. Pas trace de syphilis. Marié en 1877, eut 1 fille. Le 8 mars 1889, se blesse à la tête. Interné le 25 mars 1889 pour P. G. très avancée. *Mort* le 10 mars 1897. — *Sa femme*, 33 ans, se met à délirer le 21 VII. 1894. Internée. *Meurt* dans le marasme P. G. le 7 XI 1898.

Obs. 11. — (Ibid) Homme, 47 ans (Frère jumeau P. G. à forme mélancolique avec idées de négation, à marche rapide). Marié depuis 20 ans, a 5 enf. (19, 12, 8, 6, 4 ans). Pas de traces de syphilis. Congestion cérébrale il y a 5 mois ; depuis signes d'aliénation mentale. Interné. Les signes physiques de P. G. apparurent un peu plus tard (mélancolie, délire des négations). Ensuite : démence, gâtisme, cachexie ; meurt 2 ans 1/2 après son entrée.

Sa femme, 40 ans, peu après l'internement de son mari, présente des troubles cérébraux. 2 ans après, démence. A cette époque a tous les sympt. psychiques et somatiques de la P. G. à la période d'état. 6 mois après, succombe dans le marasme (Début en même temps : durée 2 ½ ans chez les deux).

Obs. 12. — (Garnier et Santenoise) Vve G..., entrée le 4 mai 1904, P. G. à la dernière période. Mariée en 1894, à l'âge de 49 ans, avec G..., âgée alors de 35 ans. A vécu en mauvaise intelligence avec son mari, qui fréquentait les filles de mauvaise vie. Divorcée en 1896. (Mari interné en février 1902 pour P. G. et mort 8 jours après). Roséole syphilitique en août 1896. En 1897, syphilides papuleuses. Refusa de se soigner. Morte P. G. le 1^{er} juin 1904.

Obs. 13. — (Babinski') Femme, 40 ans. Troubles nerveux depuis 18 mois. P. G. Syphilis passée inaperçue. — *Mari*, *tabes latent* : Argyll, abolition des réfl. rot. et achill. A eu la syphilis 2 ans avant son mariage, qui lui a été permis par son médecin.

Obs. 14. — (Leroy') Mari P. G. interné en janvier 1905 à Villejuif ; femme internée en déc. 1904, également P. G. — Dans le même travail, L. cite 2 autres couples où les 2 conjoints devinrent P. G. presque en même temps (obs. XXIV et XXV), et rassemble les 53 cas de P. G. conj. publiés jusqu'alors, auxquels il en ajoute 10 inédits.

Obs. 15. — (Beaussart) Homme, 47 ans, marié, 1^{re} fois de 27 à 34 ans (la 1^{re} femme fait 1 f.-c. un an après le mariage. Morte P. G.) Marié une seconde fois à 37 ans : femme actuellement atteinte d'un *tabes fruste*. Lui-même est atteint de P. G. (W — ds liq. chez les 2.)

Obs. 16. — (Ibid) Homme, 49 ans. Syphilis à 22. (W ++ liq. C.-R. ; W — Sérum) P. G. 3^e période. Femme morte P. G. en 1906. (Cas n° 54).

Obs. 17. — (Ibid.) Homme 46 ans. Syphilis à 26. Sérum : W — ; liq. : W — Première femme morte P. G. Deuxième femme : *tabes fruste* (W — dans liq. et sérum). Lui-même est atteint de P. G. (3^e période).

Obs. 18. — (*Ibid.*) Homme, 37 ans. Syphilis à 28. P. G., 3^e période (liq. C. R. : W — ; sérum : W ++). Marié à 29 ans. Femme P. G. (W ++ sérum).

Obs. 19. — (*Ibid.*) Homme P. G. 2^e période (liq. C. R. : W ++). Syphilis conjugale. Femme P. G. à la 1^{re} pèr. (W. séro-positif ; négatif dans liq).

Obs. — (*Laignel-Lavastine et Mercier*) Mme D..., artiste lyrique, 39 ans. P. G. en 1913 (B.-W. — ds liq. et lymphoc. rach.). Mariée en 1904. — M^r D..., le mari, P. G. au début (B W. + ds liq. et lymphocytose rach.) Agé de 27 ans.

Obs. 20. — (A. Marie et Legrain) Deux conjoints internés à Villejuif. Syphilis des deux en 1910. Traités énergiquement : *chez l'homme la guerre hâta l'éclosion de la P. G. ; peu après, la femme fit une atrophie papillaire, puis à son tour une P. G. tabétique.*

Sanguinetti, dans sa thèse, publie 50 cas de P. G., dont 37 n'ont jamais présenté d'autre accident que le chancre, et qui n'ont pas contaminé leurs femmes, sauf dans deux cas où celles-ci avaient un B.-W. séro-positif, l'une d'elle ayant en plus fait une fausse-couche (9 ans après la syphilis du mari), l'autre mariée pendant que son mari avait un chancre, a un enfant hérédo-syphilitique. Dans les 35 autres cas, le malade s'est marié : une fois 11 ans après sa syphilis ; 7 fois après 10 ans, 6 fois après 9 ans, 4 fois après 8 ans, 5 fois après 7 ans, 3 fois après 6 ans, 3 après 5 ans, 2 après 4, 2 après 2 ans, 1 ignorait sa syphilis. De plus, la plupart de ces malades s'étaient bien soignés, ce qui est suffisant pour expliquer pourquoi leurs femmes sont restées indemnes. S. appelle ces formes évoluant à bas bruit, peu contagieuses, mais aboutissant à la P. G., *pallio-paralysie générale*.

Il a constaté que les lésions dans la pallio-paralysie générale sont limitées à l'écorce cérébrale, avec intégrité des vaisseaux, alors que dans une autre forme qu'il appelle *artério-paralysie générale*, il y a des lésions d'artérite cérébrale qui coïncident avec des syphilis à manifestations cutanéomuqueuses et viscérales. Dans cette dernière forme, les lésions seraient produites par le virus syphilitique habituel, alors que dans la première forme, centripète dès le début, il s'agirait d'un virus différencié (neurotrope). S. range dans la 2^e forme 11 de ses observations de P. G. sur lesquelles 4 ont des leucoplasies, des lésions aortiques ou cardiaques et hépatiques. Leurs femmes ont toutes un W. positif ; une seule d'entre elles a eu une éruption sur le corps,

mais toutes ont fait des fausses-couches, des enfants morts-nés ou des hérédo-syphilitiques. Ici, ces malades s'étaient mariés : une fois après 7, 2 après 5, 2 après 4, 1 après 3 ans de l'accident primaire. (La plupart de ces malades appart. à la bourgeoisie riche et avaient été soignés dès le début de l'infection).

Obs. 21. — (A. Marie et Beaussart) X..., 32 ans, interné le 28 XI 1908 : *P. G. à la 3^e période*. Syphilis en 1897. A eu une 1^{re} maîtresse qui a contaminé X... Cette femme l'a quitté pour vivre avec le frère du malade, lequel a été contaminé à son tour et devint *P. G.* Elle a vécu avec un 3^e amant, lequel est également *P. G.* D'autre part, la femme légitime de X... est morte de *P. G.*

Les 4 observations qui suivent ont été rapportées au Congrès de Neurologie (9-10 juillet 1920).

Obs. 22. — (Milian) Mme D..., 35 ans, *doul. fulg. depuis 5 ans*, céphalée frontale. En ignore la cause. *Tabes fruste* : refl. rot., ach., olécr., abolis. Anisocorie et Argyll. N'a jamais eu d'accidents cutanés ou muqueux. Mariée en 1906, a avorté 5 fois de 1906 à 1912. W. pos (sang et liq.) Lymphoc. rach. — 8.

M^r D..., 38 ans. *Tabes fruste du même aspect*. Depuis 1914, *doul. fulg. caract.* Pupilles en myosis et déformées. Vue diminuée ; tâches dans le champ visuel. Syphilis en 1903, soignée au début par 8 inj. d'huile grise et intraveineuses de cyanure. Comprimés de Gibert, depuis 6 mois. W. nég. dans le sang. Grâce sans doute au traitement, il doit de présenter une *symptomatologie objective moins avancée que sa femme*. -- M^{rs} tous les deux au traitement par des inj. intra-veineuses de N. A. B. tous les 5 jours aux doses progr. de 20, 30, 45/3, 60, 75, 90 ctg., les douleurs disparurent entièrement chez les deux quand fut atteinte la dose de 75, après avoir été réveillée à chaque injection antérieure avec une intensité décroissante. Les douleurs ne furent plus réveillées à la 5^e injection (3^e dose de 0 45).

Obs. 23. — (Milian) : Femme tabétique : ptosis, strabisme int. g. et diplopie, énophtalmie, toux coqueluchoïde, etc. Aucun accid. cutané ou muqueux. Une f.-c. la 1^{re} année de son mariage, aucun traitement. W + + +. Mari, mort 2 ans auparavant de *P. G. rebelle au traitement*. On dût faire à la femme 20 inj. de N. A. B. tous les cinq jours à doses progr. : 20, 30, 45... 90 et un traitement mercuriel pendant 2 mois pour amener la rétrocession des symptômes. Il lui reste encore un reliquat sympt. important, indice de la résistance particulière de ce virus neurotrope, aussi bien chez la femme que chez le mari.

Obs 24. — (Prof. Jeanselme et Marcel Bloch). Mme Fl... consulte en janvier 1914. Son mari vient de mourir de méningo-encéphalite. Infection conjugale remontant à 10 ans. Depuis un an, elle se plaint de dérobement des jambes, de pertes d'urines, d'affaiblissement de la vue, de bourdonnements d'oreille, d'engourdissement de la main. *Examen* : Grosse inégalité pupillaire avec Argyll bilatéral, abolition des refl. rotul. et achill., ébauche d'incoordination et de Romberg, une labyrinthite légère du côté droit. P. L. : alb. 0,70 ; lymph. 45 ; B.-W. : H₀. —

Obs. 25. — (Rimbaud) Femme de 42 ans, P. G. avec dysarthrie, amnésie, troubles de la marche. *Mari tabétique*.

Obs. 26. — (Strümpell) Le mari présentait, il y a 12 ans, des accidents de syph. second. au moment de son mariage ; il eut, 3 ans après, une paralysie de la III paire, qui disparut sans laisser de trace et quelque temps après apparurent les premières manifestations du tabes. La jeune femme devint également tabétique et, de plus, présentait une lésion de *syphilis tertiaire*.

Obs. 27. — (Ormérod) Mme C. B..., 37 ans : 8 mois après la naissance de son unique enfant, syphilis qu'elle attribue à son mari. Eruption sur org. génitaux, roséol s, maux de gorge. Pas d'autres grossesses depuis. *Début du tabes en 1881*.

Mr A. B..., son mari, 38 ans ; a eu avant son mariage des boutons sur le gland et le prépuce, adénites, maux de gorge, céphalées, insomnie. *Tabétique depuis 1881*, devient 2 ans après P. G. Meurt en 1886.

Obs. 28. — (Trevelyan) Femme, 55 ans. Mariée depuis 36 ans ; *tabétique depuis 27 ans*. 12 enfants : 1°, 2°, 3°, 8° bien portants ; 4°, 5°, 6°, 7°, mort-nés, 9° et 10° morts en bas-âge, 11° et 12° morts plus tard. — *Mari 58 ans, tabétique depuis 26 ans*. (On peut situer ici la date de l'infection syphilitique après la naissance du 3° enfant).

Obs. 29°. — (Erb). Homme, syphilis depuis 20 ans. *Suspect de tabes* ; présente : *plaques muqueuses*, Argyll, Westphall. Femme, nettement *tabétique* depuis 2 ans.

Obs 30. — (Goldflam) N... Syphilis en 1882, traitée par frictions merc. En 1884, hémiplegie dr. avec légère aphasie, guérie. Après quelques années, douleurs fulgurantes. — Mme N... *Infectée* il y a 9 ans par son mari. Depuis 3 ans douleurs lancinantes dans les bras, depuis un an, faiblesse des jambes.

Obs. 31. — (Moebius) Mari, 50 ans. Marié à 30. Syphilis peu avant son mariage. Depuis 4 ans, doul. fulg. — Femme, 46

ans, 2 enf. d'un 1^{er} mari. Remariée à 26 ans ; pas d'enf. avec c. 2^e mari. Tabétique depuis un an.

Obs 32. — (Mendel') Z..., 51 ans ; marié à 28. *Tabes depuis 14 ans* ; interné en 1894 pour P. G. (Syphilis avant le mariage). — Mme Z..., *tabes depuis 14 ans (ataxique)*.

Obs. 33. — (Weir-Mitchell') W..., 51 ans ; nie toute espèce de mal. vén. *Tabes* : début oct. 1894 (vertiges, diplopie, dougl. fulg.) — Mme W..., *tabes depuis 20 ans*. Début par diplopie, disp. 3 mois après. 6 mois plus tard dougl. qui deviennent fulgur. après un an. Ataxique depuis 16 ans.

Obs. 34. — (Mendel') Un syphilitique meurt P. G. ; sa femme infectée par lui se remarie ; le 2^e mari devient *tabétique*. Femme *tabes fruste* (?) : Westphall et inégalité pupillaire.

Obs. 35. — (Nonne) Mari, 42 ans. Syphilis extra-matrimoniale après la naissance de son 1^{er} enf. *Tabes* débute 4 ans après. Femme, 38 ans. Infectée par mari. Ensuite 2 f.-c. *Tabes* 13 ans après.

Obs 36. — (Nonne) Mari, 39 ans. Syphilis à 17. Marié à 26. *Tabes* à 36. — Femme, 35 ans. *Tabes* débute à 33.

Obs. 37. — (Nonne) Mari. A eu syphilis : *cicatrice sur prépuce*. Argyll et Westphall. Femme, contaminée par époux. *Cicatrice* sur la grande lèvre droite. Depuis un an *tabes* avec incoordination et ataxie.

Obs. 38. — (Kron) Mme K..., 32 ans. Syphilis à 23. Pas d'enf. *Tabes* : Westphall, Romberg ; inég. pup., atrophie nerf opt. — Mr K..., A eu plus. fois iritis ; act. *tabes* typique.

Obs. 39. — (Kron) Mme A..., 46 ans ; mariée à 28, pas d'enf. Infectée par mari. Act. *tabès* : Argyll, Westphall, Romberg. Mr A..., syphilis avant mariage ; act^t *tabès* : Argyll, Westphall, parésie.

Obs. 40. — (Luhrmann) Couple *tabético-paralytique*. Le mari nie syphilis, mais la femme avait une *gomme* syphilitique à l'apoph. mast. qui disp. par trait^t spécif.

Obs. 41 (Déjerine) Mari, anc. syphilis. pré-ataxique. Sa femme (2 f. c.) *ataxique*. Troubles oculo-moteurs chez les 2.

Obs 42 (Raymond et Chevassus) Homme. Syphilis il y a 22 ans ; O. G. atrophie papill. ; O. D. atteint un an après ; évolution rapide aboutissant à la cécité complète ; dougl. fulg., abolition des réflexes, *troubles de la miction*. Période pré-ataxique. Meurt dans le marasme paralytique.

Femme : syphilis il y a 21 ans. Début par dougl. fulg., 3

aus après *troubles oculaires* ayant *mêmes aspect et évolution* que chez son mari, *troubles de la miction*. Ataxie confirmée.

Obs. 43. — (th. Lalou) D..., 46 ans. Chancre à 19, plaques muq. à 20. A 30 ans, doul. fulg., à 35 diplopie, à 36 strabisme et 2^e diplopie. A 45, doul. en ceinture, inég. pupill., Argyll, Romberg incomplet. Abolition des refl. patel., abd. et crémast. Arthropatie tabétique, *réfl. plant. exag.* — Mme D..., 43 ans, mariée à 22, f.-c. de 4 mois, plaques muq. 2 mois après. A 45 ans, engourdissement main dr., doul. fulg. jambe g. Diplopie depuis qqs mois. Act^t : myosis, inég. pup., Argyll, Romberg, marche diff. quand il fait sombre. Refl. tend. du membre inf. abolis ; du m. sup. faibles. *Réfl. plant. exag.* —

Obs. 44. — (Souques') Mari : nie syphilis (écorchure à la verge, 2 ans avant son mariage). Femme dev. enceinte 3 mois après mariage, accouche à 7 mois de 2 jumelles. Mari tabétique le 1^{er} : Argyll et Westphall. La femme a, en plus, Romberg et incoordination.

Obs. 45. — (Moenkemüller') R..., 52 ans ; traitement spécifique dans sa jeunesse. Marié en 1873. *Tabes déb.* 1884, act^t. : Argyll, Westphall, Romberg. Mme R..., 44 ans, 5 enf. : 1^o, 2^o morts en bas-âge, 3^o enf. dur d'oreille, faible d'esprit ; 4^o, 5^o bien port. *Tabes déb.* 1884 ; act^t Argyll, Westphall, Romberg ébauché ; par. faciale dr. —

Obs. 46. — (Moenk.) H..., 41 ans ; hospitalisé le même jour que sa femme. Marié 1885, cicatrice sur la verge d'un chancre contr. après mariage. *Début du tabes* : 1894. Inég. pup., Argyll, Westphall, Romberg ; hallucinations, idées de grandeur : *tabo-paralysie*. — Mme H..., 44 ans, ancienne fille soumise. Syphilis avant mariage (traces d'adénites, crêtes tibiales raboteuses, cicatrices aux org. génit., sur la poitrine et membres inf. Atteinte aussi de *tabo-paralysie* ayant débuté de la même façon que chez son mari, la même année, en 1894. Actuellement : myosis, inég. et irrég. pup., Argyll, Westphall, parésie fac. dr., troubles intell. et de la parole.

Obs. 47. (Moenk.) P..., 58 ans, chancre en 1873. En 1876, adénites. Marié en 1879. Act^t : myosis, inég. et irrég. pup., Argyll, Westphall, ptosis à dr., parésie fac. dr. *Début du tabes* en 1894. — Mme P..., 45 ans. 2 ans après mariage éruptions au cou. 2 f.-c., puis 3 enf. normaux (les 3 ont dents d'Hutchinson). *Tabes déb.* en 1897. Act^t : pup. inég. et irrég., parésie fac. d. r., Westphall, Argyll et Romberg. Troubles de la parole et trembl. fibril.

Obs. 48. — (Chevallereau et Chaillous) Mari, troubles ocul. il y a 18 ans ; a eu paral. III avec ptosis et diplopie. Act^t :

Romberg et Westphall. — *Femme* : atteinte depuis 9 ans ; act^t : Argyll, Romberg, abolition des réfl. tend., doul. fulg., crises gastr., troubles vésicaux.

Obs 49. — (Chev. et C.) Mari : Inég. pup., réfl. rot. faibles, achill. abolis, lymphocytose du liq. C.-R. *Femme* : Argyll à g., diminution de la vision avec retr^t du champ visuel, réfl. rot. faibles. Cas fruste.

Obs. 50. (Babinski) X..., syphilis en 1891. Marié 1892. Doul. lancinantes 1899. En 1900 : quelques troubles psychiques et intellectuels ; pup. réag. faiblement à la lumière ; exagération des réfl. tend. membres inf. *Mme X...*, contaminée par mari aussitôt après mariage. En 1914 : mydriase O. D. Act^t : engourdi. des mains, , doul. dans les pieds, Argyll.

Obs 51. (Babinski) P..., 42 ans ; syphilis à 21. Affaibl. progr. de la mémoire et de l'intelligence. Myosis et Argyll à dr., réfl. achill. plus faible à g. qu'à dr. — *Mme P...*, 35 ans ; doul. fulg. caract. et abolition des réfl. rot. et achill.

Obs 52. — (Babinski) C..., 50 ans. Syphilis à 20 ; marié à 26. doul. fulg. à 44 et abolition des réfl. rot., Argyll. *Mme C...*, 6 grossesses : un acc^t à 7 mois d'un enfant mort-né ; 2^o enf. mort de meningite ; 3^o-6^o b. p. Westphall depuis 6 mois Diplopie ; réfl. achill. abolis.

Obs 53. (Babinski) P..., 45 ans. Marié en 1882. Ignore sa syphilis. En 1894, doul. fulg. En 1897 mydriase O. G. En 1899 diff. de miction. En 1902 : Argyll, puis abol. bilat. du réfl. pup. à l'accom., dimin. acuité vis. (*Amélioré par trait*) Réfl. ach. g. abol. — *Mme P...*, 37 ans. 5 grossesses : 1^o f.-c. de 5 mois, après le mariage ; 2^o f.-c. de 6 mois ; 3^o f.-c. de 7 mois (1887) ; 4^o enf. mort à 8 mois (1894) ; doul. fulg. en 1897, diff. de la marche. En 1899, amblyopie, diplopie. En 1900 : abol. des réfl. rot., ach., plant. et pup. Anesth. plant. Trait^t merc. abandonné trop tôt, suivi d'arthropathie coxo-fémor. g. La reprise des inj. de calomel l'améliorent notablement.

Obs. 54. — (Hudovernig') Mari, 30 ans. Syphilis dans sa jeunesse. En 1900, doul. lancinantes, *paresthésie* des extrémités., troubles de la marche, doul. en ceinture, perte de la vue. Immob. et inég. pup. Papilles décolorées. *Westphall, Romberg*, hypoesthésie. — *Femme*, 25 ans ; pas de grossesse. En 1898, doul. lancin., Act^t : *Romberg, Argyll, Westphall, paresthésie* des m. inf., incoord. motr., troubles vésicaux.

Obs. 55. — (Hud.) Mari, 33 ans, Syphilis en 1888. En 1899, doul. lancin., troubles de la marche. Act^t : Argyll, Romberg, Westphall, hypotonicité. — *Femme*, 31 ans. Doul. lancin. en

1892. Arthropathie du genou g. en 1895. *Mêmes sympt. tabétiques* que son mari.

Obs 56. — (Gerich, I) Z..., né en 1858, interné 17 VI 02. Sœur nevropathe (crises). *Début en 1901* à la suite d'un traumatisme par troubles de la parole, de la vision, du Westphall. Ensuite 2 att. apopl. avec paral. Un médecin spécialiste diagn. syphilis cérébro-spin. Frictions merc. 3^e att. apopl. 6 mois après (trait. frict. Hg., 5 sem. à l'hôp.) Sorti, 4^e att. 2 jours après. Soigné encore 6 sem., les troubles de la parole et la paralysie s'améliorent. Ensuite, propose à sa femme de se tuer ensemble, devient menaçant, obscène. Interné à la suite d'un coup de revolver tiré dans la rue. Idées de richesse et de grandeur. Sympt. somat. de P. G. Meurt le 16 août 1903.

Femme Z..., née 1861, int. 28 IX 1909. — Sœur psychopathe. Pas d'enf. *Début 1908* par céphalée, idées de s'empoisonner et de perséc. Troubles de la parole, sympt. de P. G. évol., idées de rich. et grandeur. (Dates au mariage et syphilis non mentionnées comme dans la plupart des observations d'ailleurs).

Obs. 57. (Gerich, II) H..., né en 1859, *entré le 30 VII 03*. Début par euphorie, aff. int., ensuite myosis, Argyll, Westphall et abol. des réfl. achill., Romberg, ataxie, atrophie optique, hypoesthésie. Plus tard incoörd. motr., sens. hypoch., hallucin.

Une courte rémission, puis, ictus paral. Succombe 19 VII 05. Autopsie : dilat. ventric., *granul. épendym.*, dépôts jaun. dans vaiss. bas., *artério-scl.aort.*, *myocarde dégén.*, *atrophie lob. front. et n. opt.*, hydroc. int., (*leptomen. chr. diff.*) *oed. pulm.* (Durée : 2 1/2 ans).

Femme H..., née 1859, entrée 19 VIII 07. 14 gross., 7 enf. viv. Depuis *mars 1905*, 4 ictus paral. ; inég. pup., Argyll à dr., exag. réfl. rot., analg. membres inf., ataxie. Après 2 ans : embar. parole, aff. intell., atr. opt, apathie, démence. *Après une courte rémission, en 1908 sen. d'angoisse*, collapsus. (Durée : 3 ans). Autopsie : *Leptoméningite chr.* : *granul. épendym.*, *aortite*, avec dép. calc. (aspect chagriné). Epaiss. bords mitr. *oedem pulm.*, *dégén. chr. myocard*, etc. (Mêmes durée, sympt., lésions).

Obs 58 (Gerich III) W..., né en 1852, marié en 1881, syphilis 1882, entre juin 1905. Début 6 mois avant. *Tabes P. G.* Mort le 3 VII 1908. — Vve W..., née en 1857, entrée en 1909 ; *tabes P. G.*

Obs. 59 (Gerich, IV) G..., né en 1861, int. 6 VII 1903. *Tabo-P. G. Mort 27 I 1904.* — Femme G..., née en 1867, *entrée le 30, 9, 04*. Convulsions faciales, embarr. parole, fausses reconn.

depuis juin 1903. (N'a pas eu d'enf.) Depuis, tabes P. G., meurt 8 V 05. Autopsie : Pachymén. adhés., leptomén., granul. epend., dégén. myoc., artérioscl., œd. pulm., pleurite adhés., pneumonie gangr. lobe inf. g., néphrite parench.

Obs. 60. (Gerich V) J..., né en 1849, syphilis en 1870, début de tabès en 1896 (fruste) ; *sténose aort. avant le déb. du tabes*. Traité par élect., frictions merc. et bains sulf. ds un *sanatorium*. Influenza en 1909. — Femme J..., déb. tabes en 1906, ens. P. G., courtes rémissions, puis granulie tuberc. qui l'emporta. (Evolution lente à cause du traitement chez le mari.)

Obs. 61. (Gerich, VI) F..., né en 1855, marié en 1882, nie syphilis. *Tabes déb. 1902*. — Femme F..., 3 f.-c. de 4-5 mois, 1 enf. mort qqs heures après nais. — *Début troubles psych. en 1903*, ictus hémip. en 1904, puis les troubles de la parole, inég. pup. et Argyll. Les ictus apopl. se répèt. tous les 3 mois, abol. de tous les réflexes.

Obs. 62. — (in th. Beaussart, cas 15 et 16) Mari, 45 ans. Syphilis à 22 ans. Marié quelques mois après, contamine sa femme qui fait 5 fausses-couches ou enfants mort-nés. 2 enfants vivants (6^e et 7^e grossesses), le premier a 12, le second 8 ans actuellement. *Le premier est strabique et a de l'inégalité pupillaire*. Le mari est atteint de *tabes fruste* (W — dans le sérum et le liq. C.-R.) La femme a un *tabes plus avancé* (W nég. dans le sérum, positif dans le liq. C.-R.)

Obs. 63. (Mareau et Narcy) *Un cas de tabès conjugal avec cécité chez les deux conjoints*. Arrêt des sympt. tabétiques chez le mari ; évolution est rapide chez la femme malgré la cécité.

Obs. 64 (Throckmorton) Homme, 66 ans ; se plaint d'incontinence d'urine, diff. de la marche ; crises douleur. périodiques au niveau du tronc et des extrémités inf. surtout depuis 1912. Malade depuis 13-15 ans, souffre surtout depuis 3-4 ans. Gonorrhée à 18 ans ; nie syphilis. A l'examen, il présente *tous les sympt. cardinaux d'un tabes typique* : ataxie des membres sup. et inf., Argyll, hyperesth. du tronc, hypo-esth. des jambes, abolition des réfl. rotul. et achill., incontinence d'urine, mal perforant plantaire. W. faibl^t pos. dans le sérum. Mort de pneumonie un an après. L'autopsie montre les lésions typiques des cordons postérieurs de la moëlle.

Le cas de la femme est aussi typique qu' celui du mari. Mariée à 18 ans, elle fit 9 f.-c. et 1 mort-né. Aucune trace de syph. prim. ou second. A 51 ans, à peu près *en même temps que son mari*, elle a de vagues douls. semblables à celles de son mari. Symptômes analogues à ceux du mari au moment de l'examen.

Throckmorton explique l'absence habituelle ou la légèreté des manif. cut. chez les candidats à ces maladies par des raisons embryologiques. D'après lui, ce serait parce que les systèmes nerveux et cutané dérivent tous les deux de l'ectoderme, que, lorsque la peau est sérieusement atteinte, le névraxe échappe à l'invasion.

Obs. 65. — (Hud.) Mari 43 ans. Syphilis à 26. — Depuis 3 ans dimin. acuité vis., douL. fulg., paresth., troubles de la marche. Act^e Westphall, Romberg, Argyll. Femme, 34 ans. Mêmes sympt. que son mari.

Obs. 66. — (Hud.) Mari, 41 ans. A 18 ans, écorch. à la verge, puis iritis. Marié 2 fois (1^{re} femme : enf. b. p.). — Début du tabes en 1900 par perte de la vue (atrophie papill.). Act^e : douL. lanc., incont. d'urine, choroïdo-rétinite syphilitique et Argyll, Westphall, Romberg. — 2^e femme, 35 ans ; tabes débute 6 mois avant celui du mari : un enf. mort-né. Ataxique, Argyll, Romberg. —

Obs. 67. — (Babinski) : R..., syphilis en 1900. En 1901, phlébite. En 1903 parésie des membres inf. : Act^e *paraplégie spasmodique*, signe des orteils, troubles vésicaux. Mme R..., contaminée au début de 1902. A eu aussi une *parapl. spasm.* avec douL. viol. et escharres qui ont entraîné la mort.

Nous allons maintenant reproduire *in extenso* deux observations inédites de tabes et P. G. d'origine conjugale étudiées dans le service de M. le Prof. Jeanselme et dictées par lui.

Obs. 68, A. — Vve Br..., 48 ans. Vient nous consulter pour des douleurs qualifiées douleurs fulgurantes.

Ces douleurs consistent en élancements douloureux à siège fixe occupant de préférence les membres inférieurs et quelques fois le thorax, en ceinture, avec prédominance à gauche. Elle a également des douleurs dans les membres supérieurs.

Ces douleurs sont fréquentes : plusieurs fois par jour et surtout la nuit.

Comme cela est fréquent chez les tabétiques, on note un retard au pincement.

Les troubles locomoteurs ne sont pas moins accusés que les troubles sensitifs.

Les cinq réflexes classiques des membres inférieurs permettant d'interroger toute la hauteur de la moëlle lombaire font défaut.

Pas de Babinski.

La malade a nettement des phénomènes ataxiques des membres inférieurs.

La démarche est caractéristique : elle talonne, jette les jambes de côté, écarte sa base de sustentation. Ne peut pivoter sans osciller, au point de tomber. Le signe de Romberg est manifeste.

Il existe un certain degré d'insuffisance des réservoirs ; elle émet parfois des urines inconsciemment.

Elle paraît avoir eu une crise gastrique imputable au tabes il y a un an et durant plusieurs mois.

Il existe de notables troubles des organes sensoriels : Depuis un an : sifflement et surdité assez prononcée de l'oreille gauche accompagnés de sensations vertigineuses même au lit. Elles n'ont jamais été accompagnées de nausées, ni de vomissements.

Ces troubles auditifs sont survenus sans cause apparente. Ils n'ont pas été la conséquence de la grippe ni d'aucune autre maladie infectieuse.

Il y a 7 ans, subitement, la malade a eu une crise de cécité absolue. Un traitement par des injections intra-veineuses trois fois par semaine a ramené la vue de l'œil gauche au bout de 11 jours. La vision de l'œil droit s'est améliorée, mais à l'heure actuelle, elle ne peut compter le nombre de ses doigts.

On remarque en outre un strabisme externe de l'œil gauche. Insuffisance manifeste du droit interne et de la diplopie.

En somme, tous les mouvements du globe oculaire sont réduits, sauf le mouvement en dehors. Le moteur oculaire est intéressé et peut-être aussi le pathétique. A noter également de la paralysie du releveur. La malade a de la diplopie lorsqu'elle porte le regard à droite. Il y a naturellement du strabisme externe.

La pupille gauche est déformée et plus large que la droite.

Abolition des réflexes à la lumière et à la distance. On remarque en outre une saillie considérable des globes oculaires plus accusée à droite qu'à gauche.

Recherche du réflexe oculo-cardiaque :

Avant la compression : 19 pulsations en 15"

Pendant la compression : 20-21 pulsations en 15"

au cours d'une compression ayant durée 70 secondes.

Le réflexe oculo-cardiaque est donc au moins aboli, ce qui semble indiquer l'exagération de l'action du sympathique. (Terrien, Presse Méd., 1921).

22 avril : *Examen du vertige voltaïque* : Réaction normale, la tête s'inclinant franchement du côté du pôle positif, mais avec hyperexcitabilité, le phénomène se produisant dès 1 milliampère et demi (au lieu de 5 à 6 milliamp. par la réaction normale).

Examen des yeux : OD : Exophtalmie réductible avec limitation des mouvements dans tous les sens, mais sans paralysie de la musculature externe.

O. G : Paralyse dissociée du M. O. C. avec paralysie du droit interne et parésie du droit supérieur et du releveur de la paupière.

Acuité visuelle : presque normale à gauche, très diminuée à droite.

Fond d'œil : à gauche, léger staphylome myopique ; à droite : grand staphylome myopique.

Pas d'atrophie papillaire.

Réflexes à la lumière et à l'accommodation abolis.

Légère inégalité pupillaire : la pup. droite étant plus petite. (Dr Giraudeau).

Obs. 68 B. — Le mari, Br... Léon, étant tombé un jour dans la rue, fut transporté à l'hôpital St-Antoine, où, après être resté 2 jours dans le service du Dr Lebar, fut envoyé par celui-ci le 31 mars 1914 à Ste-Anne, avec un certificat spécifiant qu'il était « atteint de méningite chronique et troublait le repos de la salle ». Le certif. immédiat du Dr Briand : « Affaibl. des fac. intell. avec dépression ; préoccupations hypoch., inégal. pupill., hésitation de la parole, P. G. probable ». A Villejuif, le 4 IV 1914, le Dr A. Marie constate les mêmes sympt., lui fait une P. L. et trouve le W. positif dans la liq. C.-R. le 7 avril. Il se cachectise, fait des eschares multiples et meurt le 22 mai 1914.*

Ils étaient mariés depuis 1904, après avoir déjà vécu ensemble depuis 12 ans. Il n'aurait jamais été malade avant 1914, aux dires de sa femme. (Début chez les deux en 1914).

Obs 69. — (inédite) Marie Noc..., (Vve Mar...), 47 ans. Femme atteinte de céphalée atroce arrachant des gémissements à la malade, disant : « Ma tête », « Ma tête ».

Un examen rapide uénote : abolition des réflexes achilléens, patellaires et inégalité pupillaire. —

Diagnostic de tabes établi.

Pour atténuer la céphalée : P. L. : Liq. eau de roche sans hypertension ; 3 lymphocytes. W. positif : H°.

La ponction n'a procuré aucun soulagement, mais il est vrai qu'il a seulement été retiré 5 cm cubes de liq.

Un examen plus complet montre que la malade n'a pas de troubles de la démarche, pas de Romberg.

En somme : tabes sans ataxie locomotrice.

Tout l'intérêt de cette malade se porte sur les troubles psychiques qui prennent le masque de la P. G.

La note dominante est la confusion mentale. La malade répond volontiers aux questions, donne des explications sans réticence ; mais quand l'interrogatoire se poursuit on constate

* D'après le dossier du mari retrouvé à Villejuif par M. A. Marie, qui nous a permis de compléter l'observation.

des impossibilités matérielles et des contradictions, ainsi : elle dit avoir eu 11 enfants ce qui est vraisemblable, mais, peu après, elle affirme qu'elle a eu tous ces enfants en trois ans, sans avoir eu de jumeaux. Quand on lui fait remarquer que cela est impossible, sa figure s'épanouit et elle rit aux éclats ; l'état d'euphorié se manifeste au moindre prétexte.

Elle s'est mariée, dit-elle, à un « bel homme » pesant 150 kg auquel elle prête des qualités sur lesquelles il ne nous convient pas d'insister. Elle se serait mariée trois fois, mais elle change et, à d'autres interrogatoires, elle n'accuse que deux mariages.

Malgré ces troubles mentaux, la malade, qui est marchande de quatre saisons, fait très facilement de tête tous les petits calculs de son métier. Elle donne ces détails avec la plus grande bonhomie et jamais on ne constata le moindre achoppement de la parole.

Il semble, et la malade l'avoue volontiers, qu'elle entre dans les bars qui se trouvent sur sa route.

En interrogeant cette malade, c'est toujours la céphalée qui est le symptôme dominant. Elle était souvent obligée de garder le lit et prenait force cachets calmants.

La fille de la malade nous apprend que la malade a été traitée dans notre dispensaire : la fiche établie le 8 juin 1920 porte qu'à cette date elle avait des névralgies intolérables et des douleurs fulgurantes depuis un an. On lui avait fait alors une P. L. qui amena une sédation très prononcée. Le liq. C.-R. était hypertendu, xantho-chromique, cont. 1 gr. 50 d'albumine, 70 leucocytes (à polynucl. et lymphoc.)

Cette constitution du liq. C.-R. est bien en faveur d'un léger ictus.

A remarquer qu'à cette date le W. du sang était négatif.

Bien qu'on ait fait des injections de novarsénobenzol sous-cutané à petites doses et quotidiennes, le traitement fut mal supporté. Dès cette époque on note que son facies était celui d'une P. G. —

On la met ensuite au calomel. Elle paraît avoir eu un autre ictus à la fin de l'année 1920.

» A la suite de cet ictus, on lui fait une série de piqûres de cacodylate (12 inj. à 0,05 dont la malade se félicite).

» Cette infection spécifique est d'origine conjugale. Le premier mari est mort à St-Anne, après s'être livré à de nombreuses excentricités. Il se croyait le plus bel homme du monde, il était l'objet des faveurs du beau sexe et se livrait à des actes d'exhibitionnisme. En l'absence de sa femme, il vend tout le mobilier, etc. »

Son observation, que nous avons retrouvée à St-Anne, grâce à M. Marie, mentionne que Mar..., (Eugène), 50 ans, y est arrivé dans le coma le 10 juillet 1915, venant de l'hôp. St-Louis,

d'où M. Rieffel, dans le service duquel il était soigné pour une gangrène du pied, l'a fait évacuer sur « un établissement spécial » à cause de son « agitation extrême » et y mourut deux jours après, sans avoir pu être examiné au point de vue P. G. Il était marié à la femme Noc..., depuis 1908.

Obs. 70. — (*inédite*) * Mme L..., née en 1884. En 1911, on constate une roséole et la réact. W. du sang est positive. Quelques mois après, le mari, qui ne se savait pas syphilitique, commence un tabes par névrite optique qui aboutit à la cécité.

En 1912, elle fit un iritis de l'œil droit ; de 1913 à 1918 pas d'accidents. En 1918 : aphasie transitoire. En 1919, ictus et perte de connaissance. En 1920, abolition des réflexes pupillaires à la lumière. En oct. 1920 : intégrité de l'accommodation, pupilles inégales $D > G$. Rien au fond de l'œil. Réflexes rotuliens et achilléens forts. P. L. : réaction cellulaire très forte, albumine 1 gr., W. fort positif (syphilis cérébr. contracté d'un mari act. tabétique).

De plus, M. Jeanselme a rapporté à sa leçon clinique les deux cas inédits suivants, observés par lui il y a quelques mois :

Obs. 71. — Un couple composé d'un mari P. G. et de sa femme tabétique avec ectasie de l'aorte.

Obs. 72. — Un mari et sa femme, tous deux atteints de P. G. Le mari réduit en quelque sorte à la vie végétative, tranquille, non délirant, s'acheminant à grands pas vers la démence et le gâtisme. Sa femme, il y a quelques mois encore, n'offrait aucun trouble mental ; pleine de sollicitude pour son mari malade, elle avait refusé de le laisser entrer à l'hôpital, quand soudainement, son caractère change, elle ne prend plus soin du malade, ne lui témoigne plus aucune affection ; passe ses journées dans un état d'accablement, de prostration, et, peu à peu, dans son cerveau germent des idées de persécution. »

Et M. Jeanselme en conclut que ces observations qui ne sont pas rares constituent des arguments en faveur d'une race différenciée de tréponèmes.

Obs. 73. (*inédite*) * Mme M..., 60 ans, consulte le 20 mai 1920 : courbature, doul. fulg. W. séro-positif. Revue le 21 mai 1921 : perte de la mémoire (a perdu l'ordonnance reçue l'année dernière, a oublié ce qu'elle devait faire pour se soigner, ne

* Gracieusement communiquée par M. Ravaut à qui nous adressons ici nos remerciements.

* Recueillie dernièrement à la consultation de l'asile clinique, grâce à l'amabilité de M. A. Marie.

se rappelle pas l'année, ni le mois de la mort de son mari (qui a succombé P. G. à Bicêtre le 4 nov. 1901, ayant été interné le 27 IX 1901, comme nous l'apprimes plus tard).

A l'examen actuel elle présente : une légère inégalité pupillaire, myosis et Argyll bilatéral. Iris tigré des deux côtés. A eu une diplopie transitoire il y a un an. Remexes : rotul. exagérés, achilléens existent (réfl. consensuel lorsque les 2 pieds sont rapprochés). Douleurs fulgurantes dans les pieds. Le signe de Romberg fait défaut. Ne peut prononcer « Ledru-Rollin » malgré notre insistance. Langue scrotale ; *édentation complète du maxillaire supérieur* avec résorption des alvéoles, les dents étant tombées en peu de temps il y a 7 ans, elle dû se faire arracher celles qui restaient parce qu'elles remuaient tellement qu'elles la gênaient plutôt pour manger. Le maxillaire inférieur est pourvu de sa dentition complète (MM. A. Marie et Pietkievitch dès 1905 et 1906 en ont présenté plusieurs cas à la Soc. de Stomatologie et à la Soc. Médicale des hôpitaux avec des radiographies à l'appui, montrant qu'il s'agissait là d'une atrophie avec décalcification du maxillaire supérieur. M. Marie en fait un signe important de tabes P. G., de même que le mal perforant buccal). Depuis plus de 10 ans, elle avait des céphalées survenant brusquement, durant 2-3 jours pour disparaître et revenir après quelques autres jours. Soignée il y a quinze mois par KI, Fowler et aspirine, les maux de tête ont disparu depuis.

4 juin 1921 : Ayant pris du sirop de Gibert et KI depuis 12 jours, les douls. fulg. sont plus nettes et plus fréquentes dans les 2 jambes, se sent plus malade, les symptômes tabétiques paraissent s'accroître.

A. P. Mariée à 28 ans, elle eût : 1° une fille âgée act^e de 31 ans, b. p. ; 2° un garçon, né 4 ans après la fille, mort à 15 mois de « roséole » (?) Cet enfant avait été conçu après le retour de son mari d'une période de 28 jours, où il aurait pris la syphilis.

Le mari, interné le 27 sept. 1901. Certif. immédiat du Dr Nageotte : « *Est atteint de paralysie générale. Syphilis* ».

Obs. 74. — (inédite)* Br..., 56 ans. Marié en 1890. Marié et syphilis il y a 30 ans. Entre à Ville-Evrard le 25 avril 1921 avec un certificat du Dr Leroy, le disant *atteint de paralysie générale*, constatée au moment de l'examen de sa femme qui *en est également atteinte* et a été internée quelques jours avant lui à Maison-Blanche.

Nous ajoutons à ces observations le cas suivant qui vient de

* Provenant du service de M. Rogues de Fursac, à qui nous adressons ici nos remerciements.

nous être raconté par *M. Crocq* (de Bruxelles) que nous avons eu la chance de rencontrer tout dernièrement :

Obs. 75. — Un ouvrier plafonneur avait reçu, il y a 12 ans, en travaillant, un petit morceau de plâtras dans l'œil. Un de ses camarades lui rendit le service de lui retirer ce corps étranger avec la pointe de sa langue.

Or, ce dernier était syphilitique et notre ouvrier fit, peu de temps après, *un chancre de la paupière. Actuellement il est nettement P. G., et celui qui l'a contaminé est mort tabétique il y a 6 ans.*

M. Crocq, qui se propose de convoquer la femme de son malade pour l'examiner, fera, lorsque cette observation sera complète, une communication sur ce cas à la *Soc. Belge de Neurologie*. Nous nous permettons de faire remarquer que *M. Crocq* n'a jamais pris parti pour ou contre la théorie dualiste du virus syphilitique. La communication qu'il a faite au Congrès de Neurologie 1920, citée par nous dans notre histoire, le montre plutôt peu convaincu d'une différenciation chez le tréponème, alors qu'aujourd'hui le fait qu'il rapporte l'a fait réfléchir. D'ailleurs, il nous a expliqué que, comme nous le supposions déjà en rapprochant sa communication de celle qui nous a été obligeamment faite par *M. Ducosté*, ses réflexions sur la fréquence de la *P. G.* conjugale étaient basées sur des recherches qui n'ont pas été faites systématiquement, chez les femmes des *P. G.* de la classe bourgeoise soignées dans un établissement payant.

Or, comme nous l'avons fait remarquer déjà, ces derniers sont plus instruits que les ouvriers et les paysans qui composent la presque totalité de la population des Asiles Départementaux ou des Hôpitaux, connaissent leur maladie, savent à quoi ils exposent leurs conjoints et leur descendance en se mariant trop tôt après leur infection, et ont plus de moyens et de temps pour se faire soigner suffisamment, afin de ne plus être contagieux pour leurs femmes.

P. S. — Du 5 au 20 juin nous avons encore observé avec *M. A. Marie* à la consultation de l'Asile Clinique les cas suivants :

Obs. 119. — (Marie R..., 44 ans. Avait eu il y a 16 ans des angines et de la laryngite pendant un an (Soignée par inj. intra-fess.). Hémiplegie dr. avec aphasie il y a 6 ans ; act^e améliorée. Maux de tête, perte de mémoire. — Vivait jusqu'il

y a 10 ans avec un nommé Ca..., qui devint fou (Le médecin appelé disait qu'il avait une syph. du cerveau et qu'il était perdu). Il alla mourir peu après dans son village natal, dans la Dordogne.

Un deuxième cas, femme tabétique (sœur internée pour manie aiguë), un peu sourde, ayant une édentation complète du maxill. sup., alors que l'inf. est intact. Avait vécu jusqu'il y a 25 ans avec un architecte parti à l'étranger où il s'est marié. (Il n'a pas eu d'enfants ; nous attendons des détails sur lui et sa femme).

Deux hommes P. G. âgés de 37-38 ans, mariés depuis 7-8. Syph. ignorée. Femmes et enfants bien portants (W. séro-nég.)

On peut situer ici la date probable de l'infection à l'âge du service militaire, par conséquent 8-10 ans avant celle du mariage, ce qui explique le fait que les épouses et enfants sont indemnes.

Remarquons d'ailleurs, comme cela ressort aussi de la thèse de Sanguinetti, que la plupart des P. G. ou tabétiques n'ont jamais observé de manifestations secondaires ou tertiaires ; le chancre même est passé souvent inaperçu.

Obs. 120. — Mr B... (Louis), 64 ans, sous-officier retraité. Marié depuis 1888. Syphilis primaire en 1881 pris d'une femme arabe à Djelfa (Algérie). Chancre de la verge ; nitraté, sp de Gibert, protoiodure Hg ; Roséole 6 mois après, très prononcée et syphilides papulo-croûteuses, ulcéreuses généralisées, sur le corps et les membres ayant laissé des cicatrices. Pas de plaques muqueuses. Iritis à l'œil droit. Soigné de nouveau à l'hôpital du Dey à Alger par KI pdt 5 mois, et pil. de protoiodure. Guéri au bout de 5 mois. Ictère ayant duré 15 jours, traité par de la quinine en 1882, En 1883, rentre de nouveau à l'hôp. pour une syphilide ulcéreuse des dimensions d'une paume de main à la face post. de la cuisse gauche (Pans^{ts} à l'alcool, nitratage des bourgeons). Guéri en 3 semaines.

En 1887, surdité de l'oreille gauche, devenue permanente. Peu de temps après, en se promenant, sent d'un coup des picotements très prononcés dans le talon droit, a pu néanmoins continuer à marcher en boitant, sans pouvoir poser le talon à terre. 8 jours après, hémi-parésie droite avec intégrité relative du pouce (la moitié droite de la face, l'œil droit, la langue étaient également pris, la bouche déviée à gauche, embarras de la langue, hémianesthésie droite, a pu continuer à marcher en forçant). S'est amélioré progressivement en 5-6 mois.

En 1888 se marie. Jamais eu d'enfants, la femme n'a jamais fait de f.-c., quoiqu'ils auraient désiré en avoir. (A eu des rapports pendant la convalescence de son hémiplegie avec des campagnardes en France, qui actuellement sont mariées, mères de familles, b. p. Il avait soin de se retirer toujours avant d'éjaculer).

En 1919, surdité de l'oreille droite ayant duré 8 mois, disp. à la suite de traitement par hectargyre. Nouvelle surdité transit. 2 j. le mois suivant.

Le 18-6-1921, Réfl. tendin. côté dr. plus vifs que du côté gauche. Membre inf. dr. toujours plus froid que le gauche. Réfl. cutané plant. en ext. à droite. Pas de clonus du pied, ni de la rotule.

Traine la pointe du pied droit en marchant.

Leucoplasie jugale (grand fumeur). Réfl. cut. abd. et crémast. faibles à gauche, abolis à droite. Insensibilité testiculaire à droite.

Pupilles insensibles à la lumière et à l'accommodation.

Femme, âgée actuellement de 66 ans, présente des troubles auriculaires de même aspect.

Cette observation nous montre un exemple de syphilis identique à celle que l'on observe chez les indigènes des pays exotiques.

Cela ne veut pas dire que les indigènes soient complètement à l'abri des manifestations quaternaires de la syphilis. *Laurens*, dans sa thèse (Alger, 1919) a montré que la syph. méningée latente est très fréquente chez l'indigène, en accord en cela avec *Sicard* pour qui, la fréquence des myélites syph. expliquerait la rareté du tabes et de la P. G. (alcoolisme rare). D'après cet auteur, les accid. para-syph. apparaissent plutôt chez les malades traités, par suite d'une certaine atténuation de leur virus.

Pourtant, L... relève une proportion de 3 P. G. sur 100 aliénés arabes jusqu'en 1875, de 6 0/0 après cette date. *A. Marie* a également observé il y a 12 ans, que la P. G. commence à se manifester chez les Arabes égyptiens.

J. A. Sicard et Lévy-Valensi, en examinant à tout hasard 30 Arabes blessés de guerre au Centre neurologique de la XV^e région, ont vu que la syph. latente nerveuse est très fréquente chez ces indigènes : 8 avaient un B.-W. séro-positif, 5 un B.-W. pos. de liq. C.-R., 10 de la lymphocytose rach. et 7 de l'hyperalbuminose. (Soc. Méd. des Hôp., 7. VII. 1916). Ils en concluaient qu'« en l'absence de toute manifestation sympto-
« matique apparente cliniquement, les réactions humorales de

« l'infection syph. peuvent se rencontrer chez l'Arabe aussi
« bien dans le milieu sanguin que dans le liq. C.-R. Le paren-
« chyme nerveux, tout comme celui des autres tissus, sait se
« défendre par son immunité spontanée de race, vis-à-vis du
« virus syph. présent cependant dans son voisinage méningé
« direct. »

Des cas de ce genre commencent à s'observer aussi en Indo-
Chine, quoique plus rarement parce que la civilisation euro-
péenne y est introduite depuis très peu de temps. De même
aux Indes, en Chine, etc.

La syphilis latente qui, comme nous voyons, est d'au-moins
10-15 0/0 en Algérie, est aussi fréquente en Amérique du Nord,
en Angleterre, en Allemagne (8-15 0/0) (*Royster*, Am. Journ.
of Syph., 1921, n° 1), 20 0/0 de la population à Paris (*Leredde*).

Remarquons aussi que, dans notre obs. 120, les femmes que
B... a fréquentées pendant son hémiplégie sont restées indem-
nes. (Transmission de la syph. à sa femme par le sperme ?).

Signalons enfin les cas relatés par *Gordon* (Am.. Jof. Syph.,
avril 1921) :

5 hommes P. G. ou tabétiques en même temps que leurs
épouses ; 5 autres hommes qui ont transmis la neuro-syphilis
chacun à 2 femmes ; 1 homme qui l'a transmise à deux
femmes et à sa sœur ; un autre homme à sa femme et à son
fils devenu P. G. à 21 ans.

OBSERVATIONS DE PARALYSIE GÉNÉRALE ET DE TABES JUVÉNILES

Obs. 76. — (*Turnbull*) Garçon ; P. G. ayant déb. à 10 ans.
Mort à 18 $\frac{1}{2}$ ans. Autopsie confirmative. Père : P. G., devenu
aveugle à 40 ans, mourut 3 ans après son fils.

Obs. 77. (*Rey et Manière*) Garçon, 24 ans, début de la P. G.
vers 20-21 ans. 3^e sur 5 enf. dont les 2 premiers morts en bas-
âge. Un autre est sujet à de fréquents vertiges. Succombe
5 mois après son internement. Autopsie confirmative. Père
mort dans le marasme de la P. G., un an après son interne-
ment, et 2 ans avant son fils.

Obs. 78. — (*Homen*). P. G. juvénile chez 4 frères et sœurs
débutant aux âges suivants : 20, 12, 18 et 20 ans. Sur 11

enfants, dont 5 morts athrepsiques, 4 deviennent P. G. des 6 survivants.

Hoch a vu 2 sœurs atteintes de P. G. juvénile, respectivement à 10 et 11 ans. *Jouschenko* a rapporté le cas d'un frère et d'une sœur chez lesquels la maladie de Bayle avait commencé à 15 ans pour le premier, à 14 ans pour la seconde. Chez deux frères examinés par *von Speyr*, la méningo-encéphalite débuta aux âges de 11 ans et 12 ans (in *Arsimoles* et *Halberstadt*, Ann. Méd. Psych., 1910).

Obs. 79. (*Westphall*) Fille : début 12 ans, morte à 15 $\frac{1}{2}$. Mère également P. G. (2 ans après sa fille). Amaurose, démence, idées délirantes. Autopsie confirmative.

Obs. 80 (*Major*) Garçon. Père mort P. G. après le début de la maladie de son fils. Début par une chorée. Démence simple, embarras de la parole, tremblements de langue et des lèvres, etc. Mère P. G. probable aussi.

Obs. 81. (*Gudden*) Garçon ; début 20 ans, mort à 22. Père mort P. G. Pas d'autopsie.

Obs 82. (*Guaden*) Garçon ; début 17 ans. Père ataxique (doul. fulg., myosis, Argyll) 10 enfants, dont 5 morts de convulsions à un mois, le malade est le 6^e, 2 sont b. p., les 2 derniers venus à terme mort-nés. Fils : monoplégie g., inég. pupill., trembl^{ts} de la langue, de la face et des mains. Exagération des réfl. tendin. Marche difficile. Romberg. Démence simple.

Obs. 83. — (*Middlemass*) Fille, 16 ans. Père ataxique. 3 enf. : 1^o, 2^o, mort-nés ; 3^o la malade. Elle a eu des éruptions sur le corps dans le jeune âge. Intelligente jusqu'à 13 ans, lorsque soudain le tableau change : elle devient morose, irritable, a des idées délirantes, des hallucinations de l'ouïe, tient des propos incohérents. Admise à l'asile, l'excitation et le délire cessent pour faire place à la confusion mentale avec perte de la mémoire. Démarche incertaine. Faiblesse des jambes. Tremblements de la langue et de la lèvre sup. Parol^e saccadée ; pup. inég. réagissent peu à la lumière.

Obs. 84. — (*Streitberger*) Garçon, 18 ans ; hérédosyphilis probable (malform. dent.) Père P. G. — Bien port. dans le jeune âge, change de caractère à 17 ans : faiblesse mentale. A 18, sympt. caract. de P. G. et ataxie des membres supérieurs. Diff. de température entre les 2 moitiés du corps pendant les accès de fièvre ; hémiparésie dr., accès épil. du côté g. Mort à 22 ans ; autopsie confirmative de tabo-P. G. —

Obs. 85. — (*Krafft-Ebing*, 11) Nothnagel's Pathologie) Etu-

diant, début de la P. G. avant 20 ans, évolution caractéristique. *Le père*, qui présentait des accidents de syphilis au moment où le malade a été conçu, *est mort* P. G., 2 ans après le début de la maladie de son fils.

Obs. 86. — (Alzheimer) Fille, 26 ans ; enfant naturel. *Mère* prostituée, *soignée pour syphilis* après la naissance de l'enfant, dans un hôpital (présente act^l des signes de P. G. *prob.*) Chez la *fille*, signes de *syphilis hér.* prob. Eruptions cutanées dans le jeune âge. *Début à 21 ans* : diminution de l'acuité visuelle, atrophie optique, céphalées, doul. fulg. dans le dos. Démarche chancelante. Westphall, Argyll. Aveugle à 26 ans. Inég. pupill. *Dents d'Hutchinson*. *Infantilisme des org. génitaux*. Dén. ence progressive et ataxie.

Obs. 87. (Régis) Garçon ; début P. G. à 12 ans. *Syphilis du père à 25 ans et P. G. probable*. Symptômes caract. — *Autopsie confirmative*.

Obs. 88. — (Régis') Fille, 17 ans. Début de P. G. à 14 ans (suppr. des règles, arrêt du développement) Sympt. et évolution caract. *Père*, 60 ans, n'ait la syphilis, mais à la longue, avoua avoir eu avant son mariage un chancre suivi de bubon, angine, éruptions, alopécie, et se fit soigner pendant plusieurs mois par un spécialiste de Bordeaux. Sa femme, morte tuberculeuse à 42 ans, avait fait *plusieurs f.-c. et enfants morts en bas-âge*. Lui-même, présente les *sympt. physiques* complets de la P. G.

L'observation s'arrête en cet endroit ; mais une note manuscrite de l'auteur gracieusement communiquée à M. Wahl (th. de Paris, 1898) indique que la malade est morte quelques mois après, et que l'*autopsie* a confirmé le diagn. de P. G.

Une statistique dressée à cette époque (1895) par *Wiglesworth* sur la fréquence de la P. G. juvénile d'après le sexe donnait chez lui 5 garçons pour 8 filles ; dans les cas publiés par *Toulouse* 8 garçons pour 4 filles ; chez *Régis* 7 g. + 5 f. ; chez *Henri* 15 g. + 18 f. ; chez *Saint-Maurice* 11 g. + 14 f. Donc, fréquence égale dans les deux sexes chez les enfants. Comme nous voyons, le tréponème n'a pas plus d'égards pour les ovules qui vont donner naissance au beau sexe que pour ceux du sexe fort. (Rappelons que M. *Levaditi* a trouvé des tréponèmes dans les ovules).

Cette constatation a toujours la même valeur.

Obs. 89. — (Oscar Müller) Un cas de P. G. chez la mère et chez la fille : *Mme H...*, eut 3 enfants : 1^o mort en bas-âge, hérédo-syphilis ; 3^o le plus jeune, intelligent, fréquente le

collège, portant les stigmates de l'hérédo-syphilis. Entre les deux fils, elle eût une *filles* qui mourut P. G. à 17 ans (diagn. confirmé par l'examen *post mortem*). La maladie avait débuté chez cette dernière par de l'*inégalité pupillaire vers 8-9 ans* (constatée par le père), les symptômes s'accusant vers 10-11 ans, pour la conduire vers la *démence* complète à 16 ans (1896). Succombe dans le marasme paralytique le 2 XII 1897. Quant à l'auteur de ses jours et de ses maux, Mme H... commença à manifester *des symptômes analogues* de P. G. en 1893, rentra à l'asile en sept. 1895, devint *démence* en oct. 1896, et expira dans le coma le 1^{er} nov. 1896.

Obs. 90. — (in th. Wahl) : P. G. héréditaire (*mère et fils*). G..., 40 ans ; début à 36-37 ans ; interné à St^e-Anne le 14 VI 1892, passe à Villejuif (serv. du Dr Vallon) le 3 août 1894, y succombe dans le gâtisme paralytique le 7 XII 1894. Sa mère était morte à Charenton de P. G. à 59 ans.

Cette dernière observation n'est pas très démonstrative, le malade ayant pu contracter la syphilis pour son propre compte. Signalons toutefois la plus ancienne observation publiée de ce genre, celle de Rousseau en 1861, où un homme alcoolique devient P. G. ; son fils atteint de mélancolie dans sa jeunesse, fait quelques années après une P. G., et se fait interner à l'Asile d'Auxerre. Rappelons aussi que Sauton, dans sa thèse sur l'hérédité morbide et ses manifestations dans la P. G., rapporte 80 observations, dont 64 inédites, parmi lesquelles il y a 10 cas d'hérédité similaire chez des P. G. adultes.

Sur ces 10 cas, une fois le père, la mère et un oncle étaient également P. G. (obs. LXIV), 4 fois le père, 1 fois le père et le frère, une fois la grand'mère et la mère, une fois le père et un oncle paternel, 1 fois le frère et 2 fois le grand-père.

Ce sont des cas semblables qui avaient fait admettre l'hérédité similaire de la P. G. par Bayle, Calmeil, Pinel, Brierre de Boismont.

Thiry, dans sa thèse, en 1898, rassemble les 69 cas de P. G. juvénile publiés jusqu'alors dans la littérature et constate que chez 17 de ces malades, la P. G. existait chez les ascendants ou les collatéraux ; l'hérédité directe et similaire a été vue 10 fois : 7 fois la P. G. existait à la fois chez le père et l'enfant ; 2 fois chez la mère et l'enfant ; enfin, dans un cas, le père, la mère et le fils en ont été successivement atteints.

Et M. Thiry ne compte pas là-dedans les cas où l'ascendant était tabétique. Or, nous avons, dans ses propres observations, découvert deux autres cas où le tabès existait chez un ascen-

dant direct. Cela nous donne déjà 12 cas d'hérédité directe et similaire sur les 67 cas connus à ce moment-là, ce qui fait 20 0/0.

Il est probable que si MM. Arsimoles et Halberstadt qui, en 1910, avaient rassemblé les 250 cas de P. G. juvénile jusqu'alors connus, avaient mieux cherché, ils auraient trouvé beaucoup plus que les 21 cas d'hérédité directe et similaire qu'ils annoncent, car, ayant contrôlé à tout hasard le tableau synoptique de Mott (22 cas) qu'ils avaient mentionné, nous y avons trouvé 3 cas de P. G. juvénile héréditaire qui ne figuraient pas parmi les 21 cas de ce genre cités par eux. Nous n'avons pas eu le temps de contrôler les autres 159 cas disparates, mais il est probable qu'en le faisant, la même proportion que celle qui résulte des observations rassemblées par Thiry se maintiendrait *.

Bien plus, parmi ces 67, il y a 7 cas où des collatéraux étaient également atteints de la maladie de Bayle, comme le signale Thiry, savoir : 6 fois les frères ou sœurs (obs. 17, 18, 19, 20, de Huffer, 62, 63, de Hoch, in th. Thiry), une fois un oncle. Dans les autres cas, Thiry a trouvé 14 fois une hérédité vésanique, 14 fois de l'hérédité nerveuse, 12 fois l'alcoolisme des parents.

Obs. 91. — (Nolan') J. B..., 18 ans ; entré le 10 sept. 1891. Grand-père pat. mort à l'asile de Richmond. Le père avait présenté pendant plusieurs années un cas rare de syphilis dans les hôpitaux de Dublin, fournissant un sujet de matière clinique pour presque toutes les manifestations spécifiques. Maintenant il est convalescent d'une *attaque d'hémiplégie*. Il est atteint de *délire ambitieux*, mais il se vante surtout d'avoir eu la syphilis et de l'avoir transmise à sa femme et à ses enfants. Le malheureux vieillard semblerait avoir surveillé et noté chaque manifestation du poison qu'il transmettait avec intérêt et une joie semblables à ceux d'un jardinier s'intéressant au développement et aux formes de ses produits qu'il réserve pour les expositions ; et, ce qui est encore plus étrange, il a infecté sa femme à une époque où elle était déjà devenue cachectique et misérable à cause des méfaits de son mari, avec le même sentiment morbide et révoltant de satisfaction. A. P. Enfant hérédo-syphilitique peu développé et chétif ; avait eu des convulsions pendant 2 heures après sa naissance. A 14 ans, conv. pdt 2 jours. A 16 ans, nouv. conv. et

* Thiry en concluait que c'était là un argument en faveur de l'origine syphilitique de la P. G., comme le soutenaient Régis et Fournier.

affaibl. des fac. intell. Depuis, tableau complet de la P. G. confirmé par la nécropsie.

Le cas suivant nous montre que parmi les neuro-syphilitiques juvéniles, il y a des cas de syphilis acquise en bas âge, et qu'il faut exclure ces cas de la statistique sur la fréquence de l'hérédité similaire chez les P. G. ou tabétiques juvéniles :

Obs. 92. — (Hupfler) Une enfant de 6 ans contaminée par le baiser d'une bonne syphilitique, contracte un chancre labial et subit le traitement spécifique. A 20 ans, P. G..

Sur les 67 cas publiés jusqu'en 1898 et rassemblés par Thiry, il y en a 5 de ce genre (obs. 8, 9, 23, 31, 65 in th. Thiry).

Obs. 93. — (in th. Semper) M... Jules, 20 ans. Entré dans le service de Ballet le 1 VII 1904. (Père mort à Bicêtre le 18 VI 1896 de P. G.) Mère mariée à 17 ans (Son mari en avait 18), eut 5 enfants à terme, dont les 3 premiers moururent en bas-âge. 2 survivants : 1^o le malade, né en 1884, 2^o fille, act^e 13 ½ ans, née 4 ans avant le début appar. de la P. G. paternelle. Le malade a eu un ictus en 1902 avec hémiplegie consécutive. un 2^e en 1903, un 3^e en 1904. —

Obs. 94. — (Gautier) Enfant 12 ans, P. G. Cécité tabétique chez la mère. Début par diminution de la mémoire ; depuis 1909, tableau complet de la P. G. (troubles intell., somatiques, réactions caractéristiques du liq. céphalo-rach. Stigmates d'hérédo-syphilis. Unique survivant de 15 prod. dont 11 avort^{ts}. La mère présente en même temps un *tabes sup.*

Obs. 95. — (Mondor). Eugène J..., 13 ans ; précoce, intelligent. Déclin de l'intelligence à 11 ans. Apathique. Devant la glace seulement il est heureux. Alors, la vue de son image le satisfait. Il fait sur ses yeux et sur sa tournure de flatteuses appréciations. — Quand il vient à Bicêtre en oct. 1908, il a une démarche incertaine, du tremblement des lèvres et de la langue. Pup. inég., reagissant paresse. à l'accommod. Argyll. Achoppement de la parole et écriture tremblée caractéristique. Mémoire presque abolie. 10 lymphoc. par mm³. Atrophie des org. génit. Le père, 42 ans : inégalité pupill., la parole et la mémoire hésitantes depuis un an. La mère fut 2 f.-c. et 4 enf. morts à 1-2 mois.

Obs. 96. — (Brissaud et Gy) Fille, 19 ans. Père P. G. Mère hystérique. Infantilisme (manque de poils, seins mal développés) ; règles appar. tard et suspendues : face asym., strabisme ; évolution progr. des troubles mot. et psych. habituels de la P. G. Lymphocytose et alb.

Obs. 97. — (Toulouse et Marchand) L... j. f. de 15 ans, entre à Villejuif avec le certif. « idiotie avec épilepsie, absence de langage, gâtisme ». On trouve chez elle les stigmates de l'hérédosyphilis. Démence complète : se dérobe à l'examen. Se cachecrise et meurt 4 mois après son entrée, le 22 XII 1898. Autopsie : atrophie de tous les organes et du cerveau en particulier. Lésions typiques de P. G. (à l'examen macro et microscopique). Début de la P. G. vers 10 ans.

Le père est mort P. G. (diagn. de Charcot).

Obs. 98. — (A. Marie) Présentation de pièces provenant d'un cas de P. G. juvénile. (lésions macroscopiques typiques de P. G.)*

Ch..., né en 1896, réformé à 18 ans par le conseil de révision de Limoges comme atteint d'imbécillité. En nov. et déc. 1915, M Dagonet, à St^e-Anne, M. Marie à Villejuif, constatent une P. G. chez un hérédosyphilit. (Microcéphalie, triade d'Hutchinson). Mort le 27 oct. 1916. —

Le père, soigné au même moment comme tuberculeux dans le service de M. Chauffard, avait un W. séro-positif net (en dépit de ses dénégations), un affaiblissement psychique notable ; mais pas d'autres signes de syphilis du névraxe (M. Marie se demandait si c'est la tuberculose en pleine évolution qui, selon la vieille opinion des aliénistes d'antan, inhibe le neurotropisme resté latent).

La mère morte en 1911 d'un cancer utérin (?), eut 2 f.-c., un enfant mort en très bas-âge (convulsions), 2 filles élevées à l'hospice de Roubaix, la plus jeune un peu sourde et toutes les deux arriérées, un autre frère déclaré non incorporable après l'armistice (Sans que M. Marie eût pu en apprendre la cause).

M. Marie déclare à cette occasion que les cas de P. G. juvénile sont souvent méconnus ou confondus avec l'imbécillité ou la démence précoce par suite de l'absence de réactions, la symptomatologie pouvant se borner à une obtusion simple avec apathie euphorique niaise comme dans ce cas pris au début pour une démence par M. Florand qui, de son service hospitalier, l'évacua avec ce diagnostic sur St^e-Anne.

Obs. 99 (inérite) L'enfant Cou..., 15 ans, entre à Bicêtre le 24 VII 1920, étant atteint de P. G. : Inégalité pupillaire : pup. G > D et réagissant faiblement à la lumière et à l'accommodation. Réflexes tendineux existents, Babinski négatif. Caractère triste, plutôt hypocondriaque. P. L. (10 août 1920). Pas*

* A. Marie : Séance d'avril 1921 à la Soc. clin. de méd. ment.

* Gracieusement mise à notre disposition par M. Roubinovitch.

d'hypertension (Pression au claudé : 45) *W. fortement positif dans le liquide céphalo-rach.*

Lymphocytose très abondante : 50 au moins par champ.
Urée : 0,470.

A. P. : 2^e enfant, né à terme, pesait 5 $\frac{1}{2}$ livres ; nourri au biberon, fit sa première dent à 8 mois ; a commencé à marcher à 3 ans ; *n'a jamais été propre*. A commencé à dire ses *premiers mots à 4 ans* ; n'a jamais bien parlé ; n'a jamais rien appris à l'école. Intelligence nulle. De caractère affectueux envers sa famille, mais très violent et méchant envers ses petits camarades. Il ressemble physiquement et moralement à son père. Comme maladie dans son jeune âge il a eu une rougeole et une varicelle ; une *paraplégie* flasque entre 7-7 $\frac{1}{2}$ ans, traitée par des injections intra-veineuses et intramusculaires.

Le père était âgé de 27 ans à sa naissance ; sa mère de 25, mariée à 23 ans, elle eut : 1^o enfant mort-né à 8 mois, 2^o *le malade*, 3^o un garçon bien portant (quelques érosions dentaires).

Ce cas est le seul de ce genre actuellement dans le service de M. Roubinovitch ; l'année dernière il y en avait encore deux, qui sont morts.

Voulant nous rendre compte de l'état actuel de santé de ses parents, nous sommes allés à leur domicile ; là, nous apprimes que son père était mort « à la guerre » en juin 1915. En réalité, la mère de notre malade nous expliqua qu'il était mort chez lui, ayant été réformé au début de la guerre pour « *troubles nerveux* » comme nous l'avons vu sur son livret militaire. En cherchant à faire préciser à sa veuve ce qu'étaient ces « *troubles nerveux* » ; elle nous décrivit des douleurs fulgurantes dans les jambes, qu'il avait depuis 11 ans, de l'anesthésie plantaire et de la jambe gauche surtout, « il marchait comme sur des piquants ». La jambe gauche était toujours froide et insensible au toucher, au pincement, « elle était comme morte » disait le malade ; en outre, il avait parfois des hallucinations de l'ouïe et de la vue. Est mort en juin 1915, avec des douleurs en ceinture « qui le serraient très fort » et de violentes douleurs fulgurantes, dyspnée, etc...

Il y a onze ans, pendant une période de 28 jours, ayant voulu sauter sur son chef, avait été interné à l'asile de Pont-l'Abbé-Picauville (Manche) pendant un mois et demi et réformé ensuite.

Quant à la mère du petit malade, elle semble être sur la même voie : mais pour le moment, elle ne se plaint que de quelques douleurs lancinantes dans les pieds, et de crises (?) gastriques, durant lesquelles elle a envie de vomir, mais n'a jamais vomi jusqu'il y a quelques jours, quand les premiers vomissements d'abord alimentaires, puis biliaires et porracées

ont duré 2 heures de suite. Ces douleurs gastriques, qui durent depuis 5 ans, sont plus rapprochées depuis quelque temps. Dans leur intervalle, elle mange de très bon appétit et digère bien. Ses réflexes semblent normaux.

Nous croyons qu'il s'agit bien ici d'un cas de P. G. juvénile héréditaire. Le père nous semble avoir succombé à un tabes. Nous avons pu contrôler ce cas, dans lequel les parents étaient inscrits comme bien portants sur la feuille d'observation de Bicêtre, grâce au fait que la famille du malade habite un quartier où nous passons tous les jours.

Il est donc probable, qu'en vérifiant soigneusement tous les cas de P. G. ou de tabes infantile, on trouverait une hérédité similaire dans un grand nombre de cas.

Nous n'avons pas encore reçu la réponse de plusieurs autres malades soignés à la consultation de St^e-Anne ou à celle de M. Babinski, à la Pitié, auxquels nous avons écrit pour les convoquer, dans le même but.

Obs. 100. — (Remak)' Ernest R..., 16 ans, l'aîné de 2 enfants, a eu une santé précaire pendant son enfance (adénites, éruptions généralisées, ictère), puis il guérit. A 13 ans, incontinence d'urine passagère. Depuis 2 ans, douleurs déchirantes dans les incisives, qui sont d'ailleurs saines, ayant duré un an. A présent, le point d'émergence du nerf sous-orbitaire est encore très sensible à la pression. Signes de Romberg, de Westphall. Hyperesth. de la vertèbre proéminente. Sensibilité très atteinte pour le tact et la douleur à la jambe, surtout du côté interne de la cuisse. Acuité visuelle diminuée par atrophie optique.

Le père a eu la syphilis à 25 ans ; 2 ans après, condylomes à l'anus. (Sa femme a fait 2 f.-c.). Il a, depuis quelques années, des douleurs dans les membres et des troubles vésicaux. Faiblesse des jambes, inégalité pupillaire. Signes de Romberg et de Westphall. Anesthésie des doigts et des orteils. Diagn. : Tabes.

Obs. 101 (Fournier) 15) Femme, 34 ans ; ataxique. Tabes dès l'âge de 20 ans. Père mort de syphilis contractée dans sa jeunesse. La mère a eu de nombreuses f.-c. La fille avait eu, à l'âge de 3-4 ans, des maux de gorge pendant 18 mois.

Obs. 102 (Giannulli) Enfant hérédo-syphilitique avec asymétrie crânienne, dents d'Hutchinson, atteint de P. G. Mère tabétique depuis plusieurs années, arrivée à la période paralytique avec démence.

Obs. 103 (Dees) Fille, 17 ans. La mère a eu la syphilis avant son mariage datant de 1880, la P. G. depuis 1893, morte en 1896. (diagn. conf. par l'autopsie). La fille, née en 1880, P. G. en 1891 avec incoordination, morte en 1897. (Autopsie conf.).

Obs. 104 (Kaplan et Meyer) Père syphilit. et tabétique ; mère P. G. L'enfant, bien doué jusqu'à 15 ans, brusque affaibl^t intellectuel. Embarras de la parole ; tremblement des lèvres, Argyll, etc. Crises épileptif. et état spasmodique. Morte à 19 ans. Autopsie : lésions spécif. anciennes et lésions typiques de P. G.

Déjerine et Thomas ont cité un cas d'Erb, où 3 frères et sœurs hérédosyphilitiques deviennent tabétiques :

Obs. 105 (Fournier) 15) Homme adulte, tabétique et ataxique, hérédosyphilitique. Le père avait été soigné un an avant sa naissance pour syphilis à Ricord.

Obs. 106 (Bloch) Garçon, 13 ans ; tabétique. Début à 7 ans par des troubles vésicaux. Père syphilitique et P. G.

Obs. 107 (Mendel) J. h. 21 ans ; tabès : début à 11 ans. Atrophie papill. Père syphilit., mort par suite d'un ramollissement cérébral.

Obs. 108 (Kalischer) J. h. 27 ans, tabès depuis un an. Mère tabétique depuis 15-20 ans. Tous les 2 ont act^t des troubles vésicaux, troubles de la sensibilité des membres inférieurs, ataxie, Romberg, Westphall, troubles pupill., etc.

Obs. 109 (Dydzinski) Garçon, 8 ans ; tabès à 5 ans, début par troubles vésicaux. Père syphilit. à 20 ans, est actuell^t également tabétique. La mère : 5 f.-c., 6^o le malade, 7^o, 8^o, 9^o enfants bien portants. —

Obs. 110 (Küttner) Fillette, 13 ans ; tabès ayant débuté à 3 ans par des dougl. fulg. des membres inf. Act^t : ataxique, troubles de la sensibilité, sphinctériens, pupill. Mère tabétique. Père mort P. G.

Obs. 111 (Brooksbank) J. f. 20 ans. Père a eu syphilis. Mère névropathe. Un frère mort aliéné, 5 frères et sœurs dont 2 présentent des sympt. de *tabes incipiens*. La malade a : dipl., inégalité pup., Argyll, Westphall, dougl. fulg. et anesth. des membres inf., incoordination : *Tabes*.

Obs. 112 (Brasch) J. f. 15 ans ; père syphilit., mort tabétique. Mère paraît b. p. — 7 frères ou sœurs dont les 4 premiers morts en bas-âge. La malade elle-même est tabétique.

Obs. 113 (Babinski) X..., 49 ans ; syphilis à 26 $\frac{1}{2}$, dans une

aventure extra-conjugale, alors que sa femme était enceinte et l'a contaminée. Il se soigna ensuite pendant plusieurs mois. Depuis quelque temps il a : incont. d'urine, inég. pup., pup. dr. > g. La pup. dr. ne se contr. ni à la lumière, ni à la convergence. Argyll à g. Abol. des réfl. rot. et achill. des 2 côtés. Doul. fulg., Romberg peu marqué. Lymphocytose rachid. — M^{lle} X..., sa fille, 22 ans. (C'est d'elle que sa mère était enceinte lorsque son mari prit la syphilis). Née à 8 mois, pesait 2 k^{os}, avait des ulcérations anales. Pas traitée. Bien développée jusqu'à 9 ans, quand elle commença à avoir des tics et de la coproalalie. A 18 ans, Kératite interst. hérédosyphilit. (Dr Déhenne). Dents d'Hutch., depuis 2 ans doul. fulg., Pup. rigides à la lum. et converg. Westphall. Lymphocytose.

Obs. 114. — (Babinski) Z..., 48 ans, nie syphilis. (Mais sa femme a eu : 1^o accouch. à 7 mois d'un fœtus mort macéré ; 2^o la malade dont il est question plus loin). Lui-même a depuis longtemps des crises gastr. tous les 2-3 mois accomp. de vomissements, son estomac fonctionnant normalement dans leur intervalle. Il a act. : Argyll, abol. des réfl. rotul. et achill. — M^{lle} Z..., 15 $\frac{1}{2}$ ans, sa fille. Née à terme, n'a marché qu'à 2 ans. Convuls. à 15 mois. Intell. tjrs médiocre, mais dév. norm. au point de vue somatique. — Depuis 6 mois : troubles mentaux. Malform. dent., pup. en mydriase, immob. à la lumière et à la convergence. Choroïdite syphilitique à gauche. Réfl. tend. des membres inf. abolis. Parfois pertes invol. d'urine. Lymphocytose rachidienne.

Obs. 115 (Grinker) Un cas de tabes juvénile dans une famille de neuro-syphilitiques ; le père syphilitique, la mère tabétique, le frère paralytique ; la sœur hémiplégique. La mère, 57 ans ; mariée à 18 ans à un homme sain, elle eut 1 fils âgé act. de 38 ans, en parf. santé. Mari mort après 4 ans de mariage. Remariée à 34 ans, en 1877, à son cousin germain, âgé de 25 ans (presque touj. malade ; syphilis à 21 ans, éruptions cut., alopecies, maux de gorge après le mariage, mort à 47 ans de tuberculose pulm.) Enfants : 1^o fils W., (tabes juv.) né en mai 1878 ; 2^o fils, T..., P. G., né en oct. 1880 ; 3^o fille L..., syphilis cérébrale, née en avril 1882. Pas de f.-c. Peu après son mariage elle eut des maux de gorge, éruptions, etc. Peu avant son 3^e enf., nouv. éruption. Début du tabes chez elle, il y a 12 ans env., succombe le 7 avr. 1904. Autopsie confirm.—

1^o fils W., tabes juvénile, déb. à 18 ans (4 ans après la mère). — 2^o fils T..., P. G., déb. 1898, mort 1901. — 3^o fille L..., syphilis cérébr. à 47 ans.

Sur une quinzaine de cas de P. G. ou tabes juvénile publiés entre 1914 et 1916, nous avons remarqué les 3 suivants, que, malheureusement, nous n'avons pu nous procurer :

1) *Castex* (Prensa médica arg., 1915-16, II, p. 370-372). *Deux frères hérédo-syphilitiques atteints de tabes juvénile.*

2) *Andriani* (Giornale di psichiatria clinica, Ferrara, 1914, p. 73-96). *Un P. G. juvénile à hérédité similaire.*

3) *Smith* (Journal of nervous and mental diseases, 1916, p. 66). *Un enfant tabétique, parents et frère paralytiques.*

Obs. 116. (Dubois) Tabès infantile chez un hérédo-syphilit. Enfant de 13 ans avec une paral. ocul., abol. des réfl. achill. et du rotul. dr., hyperleucocytose et hyperalbuminose rachid. B.-W. pos. dans le sang et le liq. C.-R. — La mère du malade mourut P. G. en 1914.

Obs. 117 (M^{me} Long-Landry) Une famille d'hérédo-syphilitiques. P. G. juvénile. — Père : tabes fruste (ignorait sa syphilis). Mère b. p. : 12 grossesses, dont 6 f.-c. de suite après son mariage ; 7^o l'aîné 25 ans (troubles ocul., soigné par des piqûres) n'a pas été examiné ; 8^o fille, 19 ans : front olymp., convuls. à 3 ans, nystagmus, abol. des réfl. pup., chorio-rétinite syphilit. de l'œil g., abol. des réfl. achill. ; 9^o garçon, 17 ans : hydroc., olymp., arriération mentale, incontinence noct. d'urine ; W. +++ dans le sérum. 4 lymphoc., 0,42 alb. dans liq. C.-R. — 10^o garçon, 15 ans : P. G. juvénile, manif. depuis un an. 11^o fille, 11 ans, paraît b. p. ; 12^o garçon 6 ans : front olympien.

Obs. 118 (inédite, due à l'obligeance de M. Babinski à qui nous apportons ici l'expression de notre gratitude). M^{me} T..., 55 ans. Vient consulter M. Babinski le 21 mai 1920 (son fils également soigné dans le service pour P. G.). A l'examen, on constate chez elle : réflexes des membres inf. abolis, Romberg très net, incoordination surtout d'un côté. Argyll à g. A eu des douls. fulg., très nettes aux jambes. Crises gastr. Difficulté de la marche : ne peut se lever ni fléchir les jambes. — Son mari eût un ictus le 18 juin 1907, entra à la Pitié, où il mourut hémiplégique-aphasique, avec une escarre du côté dr., le 27 août 1907. — Elle a eu 6 enfants : 1^o enf. à terme, mort 16 h. après ; 2^o acc. à 7 mois d'un fœtus mort depuis 6 semaines ; 3^o le fils malade, à terme ; 4^o fille, morte de méningite à 18 mois ; 5^o une fille qui a été aveugle pendant 6 mois ; 6^o une fille, actuellement âgée de 15 ans, b. p.

Le fils, Raphaël T..., 25 ans. Consulte le 27 avril 1920. — céphalées depuis un an, faiblesse des jambes, perte de mémoire. A l'examen : inég. pupill. : OD > G. Réflexes rotul. existent. Réflexe achill. gauche inversé, achill. dr. abol. Réfl. cutané plant. en flexion. Pupilles insensibles à la lumière et presque immobiles à la convergence. Prononce mal les mots d'épreuve. Ex. des yeux : OD. OG. lésions du

l'arc optique du *type tabétique*. V : 5/10. Le 23 juillet 1920, embarras de la parole. Réfl. rot. g. plus vif que le dr. Réfl. des membres sup. plus vifs que les refl. rot. mais égaux des deux côtés. Parole : bafouille légèrement. Achoppement aux mots d'épreuve, surtout pour « anticonstitutionnel », trouble dû en partie à un bredouillement des lèvres. Inverse les syllabes dans les mots d'épreuve.

Etat mental : amélioré. Arriération avec un certain degré d'excitation. Avait été frappé par la mort de sa femme il y a un an et en parlait à qui voulait l'entendre. En même temps, il voulait épouser toutes les infirmières. Puerilisme. Familiarité. Aucune idée délirante. Ecriture tremblée : saute des syllabes.

En résumé, *premier survivant des enfants* d'une famille de neuro-syphilitiques, atteint de tabo-paralysie (*hérédité directe similaire*).

Obs. 121. — M *Tabinski* a présenté à son cours le 18 juin un homme qui, après avoir eu un enfant bien portant, contracta la syphilis pendant une 2^e grossesse de sa femme ; celle-ci accoucha d'une fille qui devint tabétique à 18 ans, à peu près en même temps que son père (douleurs fulgurantes, abolition des réflexes, réactions caractéristiques du sang et du liq. C.-R.). Améliorés tous les deux par des injections d'huile grise avec rémission qui dure depuis 17-18 ans. Actuellement le père semble commencer une P. G.

Nous rapprocherons de ce cas celui de *Vorbrodl* (D. M. W., 1912, n° 14, p. 69).

Obs. 122. — *Mari* tabo-P. G., interné le 16 oct. 1907, avait subi un traumatisme crânien avec perte de connaissance pendant plusieurs jours à l'âge de 20 ans, mort le 28 I. 1908. Autopsie confirmative. — *Femme*, accoucha à 20 ans d'un enfant normal qui mourut à 6 mois de gastro-entérite. Son fiancé aurait contracté à ce moment-là une syphilis extra-conjugale et l'aurait infectée. Elle fit ensuite 5 f.-c. Internée le 4 oct. 1910 pour tabo-P. G. Mêmes symptômes que son mari. W pos. dans le sérum et le liq. C. R. Leucocyt. 100 Fils, né après 5 f.-c., interné le 5 oct. 1910, à 14 $\frac{1}{2}$ ans, stigmates d'hérédo-syphilis, W. pos. dans le sérum et le liq. C.-R. Tabo-P. G. avec ataxie ; symptômes analogues à ceux des parents. Mort le 6. I. 1911. Autopsie confirmative.

C'est un 22^e cas d'hérédo-neuro-syphilis de l'aîné des survivants. Le traumatisme crânien a eu le rôle d'accélérer de trois ans l'éclosion des symptômes caractéristiques chez le père.

Nous pensons qu'en la recherchant soigneusement, la neuro-

syphilis conjugale ou héréditaire, souvent fruste, pourra se rencontrer dans la majorité des cas d'une infection contractée dans les conditions ci-dessus.

L'exemple suivant * le montre également :

Obs. 123. — *Mr D...*, 49 ans, marié à 25 ans, aurait eu à 18 des taches rouges sur les bras et des croûtes du cuir chevelu (soigné par KI). A 21 ans, au régiment, avait eu un « bouton » sur la langue guéri par Clo 3 K. Depuis 5 ans, diplopie de l'œil gauche. Gomme de la voûte palatine il y a 18 mois (trait. NAB, cyanure de Hg, frictions merc., Iodocolle). Actuellement : inég. et immobilité pupillaires. Abolition des réfl. tendineux des membres sup. et inf. et des réfl. cutanés abdominaux et crémastériens. Réfl. cutanés plantaires en flexion. Rétention d'urine et douleurs dans les tibias de temps en temps depuis 5 mois. B.-W. séro-positif.

M^{me} D..., 47 ans. Jamais de f.-c., pas d'enfants mort-nés. 1^o enfant né 9 $\frac{1}{2}$ mois après mariage (serait b. p., n'a pas encore été vue) ; 2^o garçon b. p. 22 ans, fait son service militaire (à l'âge de 8 ans photophobie transitoire) ; 3^o fille âgée présentement de 17 ans (mère devenue complètement sourde de l'oreille gauche, incomplètement de l'oreille droite depuis sa 3^e grossesse). *M^{me} D...* présente actuellement de l'inégalité pup., immobilité de la pup. dr., réfl. paresseux de la pup. g. A l'âge de 6 ans, elle avait eu de la photophobie pendant un mois ; 2^o photophobie pendant sa 2^e grossesse pendant quelques jours, qui l'obligeait de porter un bandeau sur les yeux.

M^{lle} D..., 17 ans, n'a commencé à marcher, à parler et à être propre qu'à partir de 2-2 $\frac{1}{2}$ ans. Un peu sourde des 2 oreilles depuis 6 ans (n'entend pas du tout la montre). Immobilité des 2 pupilles. Pollakiurie surtout diurne avec mictions impérieuses depuis qu'elle était petite. B.-W. séro pos. chez la mère et la fille.

Nous croyons qu'il serait utile chaque fois que l'on observe un P. G. ou tabétique juvénile de rechercher une neuro-syphilis semblable chez ses parents, et dans la majorité des cas on l'y rencontrera si on tient compte du fait que les formes frustes semblent plus fréquentes que les formes typiques. De même chez les enfants issus de parents qui deviennent ultérieurement P. G., tabétiques. Souvent la symptomatologie se borne dans les tabes frustes à des troubles auriculaires (tabes auriculaire ? comme le pense *M. A. Marie*) ou oculaires et vésicaux.

* Recueillie à la consultation de l'Asile Clinique grâce à l'extrême obligeance de *M. Marie*.

Nous pourrions citer plusieurs autres cas personnels d'hérédité directe et similaire dans la P. G. que nous avons rencontrés ces derniers jours, d'une façon tout à fait fortuite ; ainsi, celui d'un boulanger de 48 ans, voisin de l'un de nos amis, dont la P. G. a été révélée par le fait qu'un beau jour il a ajouté une quantité considérable de sel aux pains qu'il fabriquait et les a tous laissés brûler en les contemplant d'un air satisfait. Aux questions inquiètes de sa femme, il répondit d'une façon tellement incohérente que celle-ci fit venir un médecin qui diagnostiqua une P. G.

Marié il y a 20 ans, après un séjour aux Colonies, sa femme fit une fausse-couche et ensuite un fils, âgé actuellement de 18 ans, hérédo-syphilitique, dont le médecin a dit qu'il est « aussi fatigué que son père » et ont besoin tous deux d'aller se reposer à la campagne, comme le médecin appelé leur a conseillé.

Un de nos camarades, étudiant ès-sciences, vint l'autre jour nous demander de lui faire des injections intra-musculaires d'huile grise. En l'interrogeant, nous apprîmes que son père était syphilitique, et mourut en 1916 à l'âge de 49 ans, après avoir, déjà avant que son fils ne partit à la guerre, présenté quelques idées délirantes de grandeur et de richesse, parlant de s'acheter des automobiles, faire construire des églises avec l'argent qu'il était loin de posséder, bref... des châteaux en Espagne. Sa mère qui a des douleurs d'estomac, eût un premier enfant mort-né en 1895 (mariée en 1893), et plusieurs fausses-couches ou enfants mort-nés sur lesquels notre camarade ne peut actuellement nous donner des précisions. Quant à lui, il est le premier survivant, a des malformations dentaires et du maxillaire supérieur, une voûte ogivale. Agé actuellement de 22 ans, il a eu, il y a 2 ans, des bulles dans les paumes des mains qu'un médecin consulté alors, diagnostiqua : pemphigus. Il avait un W. séro-positif, et une dizaine d'injections intra-veineuses de cyanure de Hg firent disparaître ses bulles. Il se plaint depuis quelque temps d'avoir des céphalées nocturnes, de voir des mouches volantes parfois. Doit se faire examiner par un oculiste, ensuite, si nécessaire, on lui fera un W. et une P. L. (Présente de l'inégal. pupill.)*

* Présentait le 21 juin une papule à la racine de la verge, une dans la paume g., angine spécif., pityriasis versicolor généralisé. M. Jeanselme pense à une super-inoculation (Le malade avait eu il y a env. 2 ans un chancre mou (?) suivi de bubon, de plaques (?) dans la bouche et d'éruption sur le corps). (*Inhibition de la neurosyph. par la super-inoculation ?*)

Nous avons cité ce cas, dont nous n'avons pas encore complété l'observation, pour montrer que des P. G. tranquilles, ne nécessitant pas l'internement, peuvent se rencontrer dans tous les milieux et dans tous les pays, avec une assez grande fréquence, car ces exemples sont venus à notre connaissance incidemment dans l'espace de seulement quelques jours.

Mais des cas de P. G. tranquilles évoluant très lentement pendant une dizaine d'années ou davantage et qui, brusquement, font un ictus qui révèle la maladie, se voient fréquemment.

Tel, l'exemple de cet avocat à la Cour d'Appel de Paris, dont le début de la P. G. remonte à 1905, et qui n'a jamais remporté de si beaux succès oratoires qu'après cette date : il fut élu Conseiller municipal à une grosse majorité, etc. Au début de la guerre il se signala par un patriotisme exalté, et ce n'est qu'en 1915 qu'on soupçonna sérieusement sa mentalité d'être pathologique, lorsque, soutenant fièrement qu'en ce faisant il remplissait un devoir patriotique, il se mit à souligner chaque ligne des quatre pages du journal « Le Temps ». (Obs. X, *in thèse Sanguinetti*). Examiné, on constata chez lui tous les signes somatiques d'une P. G. Il avait bien, pendant les années précédentes, manifesté extérieurement la présence du tréponème dans son cerveau par quelques brusques sauts d'humeur, des décisions et autres actes ridicules et incohérents, allait plaider au Palais un procès qui avait eu lieu deux jours avant, proférait quelquefois des propos extravagants, mais dans l'intervalle il paraissait normal.

Tel, l'exemple de ce premier ministre d'un Etat européen qui exerçait cette fonction depuis de nombreuses années, lorsque voulant se rendre à Karlsbad pour y faire une cure, consulta d'abord une sommité viennoise qui diagnostiqua chez lui une P. G. et dit à un de ses collaborateurs : « Heureux pays qui est gouverné par un fou ». Le premier ministre en question n'en continua pas moins ses fonctions, fit quelques années après un ictus et dût entrer dans une Maison de Santé.

Tel aussi celui d'un ministre d'un pays allié qui, au début de la guerre, alors que tout le monde croyait à une courte durée des hostilités, fit une formidable commande de munitions, ce que tout le monde considéra comme une folie (il était également P. G. et dût démissionner pour aller se faire soigner). Heureusement que ce qu'il avait fait en un moment d'inconscience, fut profitable au pays, par suite de la prolongation inattendue des hostilités.

Mais parmi les militaires de carrière, il y a une plus forte proportion de P. G. que dans nulle autre profession. Ainsi, les statistiques dressées par M. *Mignot*, Médecin en Chef de la Maison de Santé de Charenton, basées sur 876 internements, montrent que *61 0/0 des aliénés internés, recrutés parmi les militaires de carrière, sont atteints de P. G.* (Séance du 25 mars 1918 de la Soc. médico-psych.).

Dans nulle autre carrière on n'a signalé une si formidable proportion de P. G. Ce fait ne doit pas nous surprendre si nous songeons à la fréquence de la syphilis chez les militaires qui, s'ils savent bravement affronter Mars, s'exposent avec au moins autant de courage aux flèches de Vénus, même si elle se sert pour cela de celles de Cupidon. En effet, dans tous les pays, les militaires de carrière, au cours de leurs fréquents changements de garnison sont, après les prêtresses d'Astarté, les principaux porteurs de tréponèmes. N'est-ce pas au cours du service militaire ou des périodes de 28 jours que la plupart des hommes prennent la syphilis ?

Le nombre des personnes atteintes de maladies vénériennes n'a pas triplé pendant la dernière guerre dans tous les pays belligérants ?

Combien y a-t-il de P. G. parmi les généraux mis en disponibilité pour incapacité à la suite d'une défaillance ou pour avoir inutilement fait massacrer des hommes au cours d'une offensive mal préparée, alors que leur carrière, brillante jusque-là, semblait autoriser la confiance et le pouvoir qu'on leur accordait ?

Parmi les officiers des conseils de guerre qui ont fait fusiller de nombreux innocents après un jugement très sommaire ou même sans jugement, n'y en a-t-il pas également ?

C'est une question qu'il serait très intéressant de tirer au clair et, dans ce cas, il faudrait peut-être en conclure qu'il serait utile de faire subir aux personnes auxquelles on accorde le pouvoir de disposer de la vie d'un groupe important d'hommes ou de l'avenir d'un peuple un examen neurologique préalable que l'on pourrait renouveler de temps en temps ?

Mais nous avons cité ces exemples, qui sont très nombreux en réalité, pour montrer que la neuro-syphilis latente est assez fréquente et que, si l'on avait l'attention attirée là-dessus pour la dépister dans tous les cas, la proportion des contagions et hérédités similaires connues serait probablement beaucoup plus forte qu'on ne le croit généralement.

DISCUSSION

De la lecture de nos 25 premières observations, il paraît ressortir que: dans les cas où la syphilis a été contractée après le mariage par l'un des conjoints qui a contaminé l'autre à peu près au même moment, les deux conjoints deviennent P. G. ou tabétiques à peu près en même temps (obs. 1, 2, 4, 5, 8, les 5 cas de Mendel, les 3 de Westphall). Lorsque la neuro-syphilis se manifeste chez les deux époux en même temps, alors que la syphilis est ignorée, il est permis de supposer que l'infection remonte à la même date (obs. 6, 9, 10, 11 (début en même temps, durée égale), 13, 14, 24 et 25 de Leroy, 18, 19, 21 (évol. en 8-9 ans chez mari, femme, frère et amant), 22, 23 (mêmes débuts, mêmes dates, mêmes durées, mêmes effets du même traitement), 24, 25.

Dans les obs. 4, 9 et 11 notamment, la maladie débute et évolue de la même façon chez les deux, quoique dans ces cas l'un des deux conjoints avait une hérédité vésanique ou même similaire collatérale, alors que l'autre n'avait rien de pathologique dans ses antécédents héréditaires.

Dans les obs. 3, 7, 12 où l'un des conjoints meurt 2-3 ans avant l'autre, c'est très probablement dû en grande partie au fait qu'il a pris la syphilis deux et trois ans avant le mariage.

Nous n'avons pas l'intention de contester le rôle du terrain, du surmenage, du traumatisme, de l'alcoolisme, etc., mais nous croyons que le plus souvent, le rôle joué par ces facteurs est plutôt secondaire. Les obs. 2, 15, 17, 21, sont assez suggestives. Pourtant, dans certains autres cas, comme nous le verrons plus loin, le terrain peut jouer le rôle prépondérant; mais nous avons l'impression que c'est là le cas le plus rare.

Il y a certainement aussi une façon individuelle de réagir dans nombre de cas, ce qui fait que le tréponème se fixe chez les uns tantôt sur la moelle, tantôt sur le cerveau, et évolue quelquefois d'une façon différente chez les deux époux.

Mais, dans la majorité des cas, on peut noter une grande analogie dans la durée, l'évolution, l'aspect clinique, chez les deux conjoints. Les obs. 4, 9 et 11 sont très démonstratives à ce point de vue, car, malgré la dissemblance absolue de l'appoint

héréditaire qui n'existe que chez les maris, l'analogie du processus pathologique est frappante chez les deux conjoints.

D'autre part, dans certains autres cas, l'un des époux présente une symptomatologie moins avancée que l'autre quoique ayant été le premier infecté, fait dû au traitement spécifique que suivait le conjoint qui se savait syphilitique.

Enfin, dans pas mal de cas, l'un des conjoints présente des troubles oculaires qui retardent ou arrêtent l'évolution de son tabes.

En lisant les cinquante observations qui suivent, ces premières impressions se précisent, nous semble-t-il.

En effet, nous voyons la syphilis du névraxe se manifester à peu près en même temps (de quelques semaines à quelques mois), durer aussi longtemps, présenter des symptômes analogues chez les deux conjoints dans les obs. : 26, 27, 28, 30, 32, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 49, 50, 51, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 71, 72, 74.

Dans les autres cas, l'un des conjoints a commencé son tabes avant : obs. 29, 31, 47, 48, 53, 54, 55, 57, dans lesquelles la différence n'excède pas deux et trois ans. Dans deux de ces cas, le premier conjoint atteint fut la femme (obs. 54, 55).

Dans les obs. 47 et 52, les maris prirent la syphilis trois et six ans avant le mariage et leur tabes débuta trois et six ans avant celui de leur femme.

Malheureusement, dans la plupart des observations, la date de la syphilis n'est pas connue et celle du mariage n'est pas mentionnée.

Dans les obs. 35, 56, 58, 69, 70, le mari devient tabétique ou P. G. 5-7 ans avant la femme, mais les deux présentent des symptômes analogues, souvent ; dans certains autres, le conjoint qui se savait syphilitique se faisait soigner.

Dans l'obs. 60, la femme fit son tabes dix ans après le mari qui, lui, se faisait soigner dans un sanatorium dès le début de sa méningo-myélite, alors que sa femme fut emportée par une granulie.

Dans l'obs. 33, la femme devient tabétique 16-18 ans avant le mari qui nie toute espèce de maladie vénérienne. (Est-ce elle la première infectée ? Peut-être avant le mariage ?)

Dans l'obs. 73, la femme devient tabo-P. G. assez longtemps après le mari (10 ans si on fait remonter le début de sa maladie à l'époque où elle eût ces céphalées durables et l'atrophie du bord alvéolaire de ses maxillaires supérieurs).

En faisant la moyenne des proportions de neuro-syphilis

conjugales, d'après les cas publiés par MM. A. Marie, Gayet, Mœnkemüller, Souques, qui ne les ont pas recherchés systématiquement, nous arrivons à un chiffre de 3 %. Mais M. Paget, qui s'est attaché à interroger avec soin les personnes que le malade fréquentait, peu avant ou après sa syphilis, y a trouvé 17 cas de contagion similaire sur 61 P. G., soit 26 %.

Par contre, M. Crocq n'a jamais rencontré depuis dix ans des cas de P. G. conjugale dans la maison de santé qu'il dirige, alors que 30 % des femmes de ces P. G. avaient un B.-W. séro-positif.

Cela tient à ce que dans la classe plus aisée, où se recrute la clientèle de sa maison les hommes, plus instruits, ne se marient généralement que lorsque leur médecin les y autorise. Et encore ! qui pourrait garantir que sur les 30 % de femmes à B.-W. positif aucune ne deviendra également P. G. plus tard ? Surtout que, dans ces cas, l'infection du mari remonte à 6-7-8 ans ou plus avant le mariage, il est logique d'attendre autant d'années encore pour pouvoir se prononcer.

Même remarque pour les cas de M. Ducosté, surtout que, dans la plupart des établissements spéciaux, les P. G. étant considérés comme incurables, et les médecins n'ayant pas l'attention attirée sur cette question, on ne se met pas en frais pour chercher à établir l'origine de l'infection et à savoir ce qu'est devenue la personne contaminatrice.

Sur les 50 cas choisis par Sanguinetti pour sa thèse, nous remarquons qu'ils proviennent presque tous (38 ou 40) des maisons de santé privées, qu'il s'agit d'intellectuels : avocats, ingénieurs, architectes, voire médecins, de négociants, etc..., qui ont toujours connu (à un ou deux près) leur maladie, se sont soignés et ne se marièrent qu'7-8-10 ans après.

De plus, à notre avis, ce n'est pas dans les services d'hommes qu'on trouvera beaucoup de cas de P. G. conjugale, mais surtout dans ceux des femmes, car presque toujours c'est le mari le premier infecté avant le mariage qui apporte les tréponèmes dans le ménage.

En lisant les 43 dernières observations de cas de P. G. ou tabes juvénile à hérédité directe et similaire, nous observons également une analogie des symptômes chez l'enfant et l'ascendant transmetteur ; sur 22 cas, où nous avons trouvé une allusion aux autres grossesses de la mère, nous notons qu'après une série de fausses-couches, d'enfants mort-nés ou morts en très bas âge, c'est au premier des enfants survivants qu'échoit toujours, avec le droit d'aînesse, l'héritage de la neuro-syphilis

paternelle ou maternelle (obs. 62, 77, 82, 83, 85, 86, 88, 89, 93, 94, seul survivant de 15 produits, 95, 100, 101, 109, 112, 113, 114, 118, 122, 97, 99). Dans quelques cas rares de neuro-syphilis familiale seulement, l'aîné partage son héritage avec ses autres frères et sœurs (obs. 78, 98, 111, 115, 117, 123).

Dans l'obs. 78, après 5 enfants morts en bas-âge, les 5^e, 6^e, 7^e et 8^e enfants deviennent P. G. à l'âge de 20, 12, 18, 20 ans. Les parents n'ont pas de neuro-syphilis.

L'obs. 98 est également un exemple de neuro-syphilis familiale, dans lequel les ascendants n'en sont qu'effleurés.

Dans l'obs. 111, les parents ne sont pas davantage atteints de tabes ou de P. G. ; mais sur 5 enfants, un est mort fou, 3 ont un tabes plus ou moins avancé.

Dans l'obs. 115, la mère n'a pas fait de fausses-couches, mais, infectée immédiatement après le mariage, devient tabétique 18 ans plus tard. Son premier fils, né après 2 ans de mariage, devient tabétique à 18 ans ; le 2^e après 4 ans de mariage devient P. G. à 18 ans et en meurt à 21 ; la 3^e, née après six ans de mariage, devient hémiplegique (syphilis cérébrale) à 17 ans. —

Dans l'obs. 117, après 6 fausses-couches, la mère a un garçon actuellement de 25 ans, ayant des troubles oculaires soignés par des piqûres (n'a pas été vu), puis un enf. de 19, un autre de 17 ans, atteints de tabes fruste, un 4^e atteint de P. G. à 15 ans.

Dans ces neuro-syphilis familiales l'ordre dans la transmission de l'héritage paraît troublé, en ce sens que l'aîné des survivants le partage avec ses autres frères et sœurs, alors que d'habitude il est le seul à en jouir. Dans toutes nos autres obs. de P. G. ou tabes juvénile, le malade semble être l'unique survivant.

Ces cas de neuro-syphilis familiale semblent bien en faveur d'une race différenciée de tréponèmes ; mais généralement ce microbe n'est plus transmissible au delà d'une période de 6-8-10 ans après l'accident initial, parce que très probablement il ne se trouve plus dans la circulation générale, s'étant fixé sur la substance nerveuse centrale. Mais avant de se retirer définitivement de la circulation, sa virulence s'atténue peu à peu de sorte que, après avoir, au début de sa carrière, tué le fœtus in ovo à 3, puis 4, 5, 6 mois, il ne les tue plus qu'à 7-8 mois de la vie intra-utérine, ensuite les laisse naître avant terme, puis à terme pour les tuer en bas âge ; après cette série, c'est-à-dire un laps de temps de 6-8-10 ans qui peut être quelquefois plus long, d'autre fois abrégé pour une médication spécifique inter-

currente, il ne peut plus mutiler le cerveau des nouveau-nés au point de rendre leur vie impossible et doit se contenter dans certains cas de se loger dans leur cerveau ou leur moelle, et constituer en 8-10-15 ans ou davantage, comme chez l'adulte, une méningo-encéphalite ou myélite chronique. Il est tout naturel que ce soit le premier enfant survivant, indice du déclin de sa force, qui devra l'héberger dans son cerveau devenu son seul refuge possible.

C'est probablement pour cette raison que, l'aîné ayant attiré sur lui la foudre, les enfants plus jeunes auront de moins en moins de tares ou seront même tout à fait normaux.

Parmi les 40 cas cités de neuro-syphilis à hérédité directe et similaire, la maladie se déclare à très peu d'intervalle chez l'aîné des enfants et chez l'ascendant transmetteur ; dans 8-10 cas après un certain laps de temps (1-4 ans) : obs. 76, 79, 103 (dans le premier, le père, dans les 2 dern., la mère commence sa neuro-syphilis après l'enfant), dans les obs. 113, 97, 99 avant ; dans l'obs. 108, la mère débute 15 ans avant son fils, mais présente, comme la plupart des autres, des symptômes analogues à ceux de l'enfant.

Nous avons également remarqué dans tous les autres cas de P. G. ou tabes juvénile que nous ne citons pas, comme n'ayant pas d'hérédité similaire directe, le même fait que c'est *toujours* à l'aîné des enfants d'une famille syphilitique que vont les sympathies du tréponème neurophile ; de même que dans d'autres famille syphilitiques c'est l'aîné des survivants qui présente les stigmates les plus nets de l'hérédo-syphilis.

Semper, dans sa thèse, a montré que la proportion des enfants bien portants nés dans les années qui suivent le mariage d'un syphilitique futur P. G. est de 12 0/0, alors qu'elle est de 85 0/0 dans les années qui précèdent la P. G., (lorsque le tréponème a pris déjà sa retraite dans le cerveau).

Il en concluait que les P. G. héréditaires sont l'œuvre des premières années du mariage.

Quant à la fréquence de la P. G. héréditaire, Bonneau, dans sa thèse, admet une proportion de 6 0/0, en basant sa statistique sur 612 cas de *descendants* de P. G.

Or, comme nous venons de le montrer, c'est à un seul qu'échoit ce privilège et celui-là c'est presque toujours l'aîné des survivants ; *ce n'est donc pas chez tous les enfants des P. G. qu'il faut rechercher cette maladie*, mais seulement chez l'aîné, au cas où il est né moins de 4-6 ans après l'infection du père ou de la mère. En opérant de la sorte, on serait certainement

surpris de la considérable proportion d'hérédités similaires aussi bien dans la P. G. que dans le tabes.

Mais, comme généralement nous ne connaissons pas la date de la syphilis du père ou de la mère, nous devons faire le contraire de M. Bonneau, c'est-à-dire rechercher chez les P. G. *juvéniles* si leurs ascendants ne sont pas atteints eux aussi de la maladie de Bayle ou d'une méningo-myélite, voire toute forme de syphilis du névraxe, car les observations de formes faisant la transition entre les myélites spécifiques, les syphilis cérébrales et les tabo-paralysies se multiplient de jour en jour.

De plus, c'est surtout chez le père d'un P. G. ou d'un tabétique juvénile qu'il faut rechercher les symptômes analogues à ceux de son enfant car, dans 26 de nos obs. c'est le père, dans 8 obs. seulement c'est la mère qui a transmis la maladie. Dans 2 obs. le père et la mère sont également malades, mais c'était le père le premier atteint.

En cela d'ailleurs, nos observations sont d'accord avec celles des auteurs qui ont depuis longtemps signalé la prépondérance de l'hérédité similaire paternelle.

Du tableau synoptique de Hirtz et Lemaire et de l'étude d'Arsimoles et Halberstadt il résulterait une proportion de 10 0/0 environ de cas d'hérédité similaire sur 46 cas de tabes et 250 cas de P. G. *juvéniles* rassemblés par ces auteurs.

Seulement nous avons retrouvé plusieurs cas de tabes juvénile à hérédité similaire directe qui, antérieurs à 1905, ne figuraient pas dans le tableau de Hirtz et Lemaire ; nous avons fait la même constatation par quelques cas découverts fortuitement dans l'étude de MM. Arsimoles et Halberstadt.

M. Marie qui, à Villejuif, a cherché l'hérédité directe et similaire dans les dossiers plus ou moins complets de 142 malades entrés de 1900 à 1910, a trouvé celle-ci dans 18 cas, soit 12,6 0/0.

Sur les 67 cas de P. G. *juvénile* publiés jusqu'en 1897, Thiry a trouvé l'hérédité directe et similaire *mentionnée* 10 fois ; à ces cas nous ajoutons 2 autres ayant un père atteint de tabes que Thiry ne considérait pas comme similaire ; cela nous donne déjà presque 20 0/0.

En y ajoutant les 6 cas où des frères ou sœurs étaient également atteints d'une P. G. *juvénile*, nous arrivons à une proportion de 26 0/0 d'hérédités similaires, la même que celle de M. Page dans la P. G. conjugale.

Joffroy, en recherchant les tares familiales dans 17 cas de P. G. a trouvé l'hérédité similaire dans 4, donc env. 25 0/0.

Nous avons expliqué déjà pour quelles raisons nous estimons

les chiffres de Hirtz et Lemaire, d'Arsimoles et Halberstadt comme inférieurs à la réalité, et préférons admettre la proportion qui résulte des 67 premiers cas de P. G. juv. rassemblés par Thiry, que nous avons pu dépouiller un à un.

Dans de nombreux cas, il y a des causes d'erreur dont il faut tenir compte pour ne pas fausser les résultats, ainsi par ex. : éliminer ceux dont on ne connaît pas les parents, éliminer les enfants abandonnés, et même dans certains cas tenir compte du fait que l'ascendant transmetteur est mort souvent quelques années avant la maladie de l'enfant P. G. ou tabétique d'une affection intercurrente ayant empêché l'éclosion de la neuro-syphilis ; cela d'autant plus que, comme nous venons de le voir, dans ces cas la maladie évolue pendant le même laps de temps chez le père et l'enfant. (Il faut éliminer également les cas de syphilis acquises par l'enfant).

Les cas de tabès juvénile héréditaire nous semblent beaucoup plus fréquents qu'on ne le croyait, car presque toujours le tabès chez les enfants est méconnu à défaut d'une symptomatologie aussi complète que chez l'adulte, le tableau clinique se bornant d'habitude à des troubles : oculaires, réflexes et vésicaux (incontinence d'urine nocturne au début), comme l'ont montré MM. *Hutinel et Babonneix* 30) et plus récemment MM. *Lereboullet et Mouzon*. Ces derniers en concluent qu'il est important de dépister les cas où les méningites hérédo-syphilitiques du jeune âge restent plus ou moins latentes ou larvées et où les incidents qui peuvent marquer ses phases d'activité au cours de l'enfance ou de l'adolescence, peuvent cependant réaliser, d'une façon plus ou moins complète, le tableau symptomatologique du tabès.

Au cours de notre travail de documentation nous avons trouvé de plus en plus de preuves en faveur d'une différenciation du tréponème qui donne la neuro-syphilis, tout au moins dans la majorité des cas.

Certes, la question est très complexe, de nombreux facteurs influencent le tréponème, mais le rôle de ces facteurs et du terrain spécialement, n'est prépondérant que dans la minorité des cas de localisations cérébro-médullaires du tréponème.

Kraft-Ebing, au Congrès de Moscou de 1897, avait commu-

* *Sprenger* (Arch. f. Psych. u. Nervenkr., 1920, p. 479) a trouvé dans les cerveaux des P. G. des tréponèmes, disposés autour des vaisseaux, qui se différenciaient des trep. banaux parce qu'ils avaient 25-30 tours de spire (au lieu de 8-13) et 1/3 micron de largeur (au lieu de 2/3 μ .)

niqué le résultat négatif de l'inoculation de 6 P. G. avec la sérosité de chancres syphilitiques et en concluait à la nature syphilitique de la P. G. — Mais en même temps il avait, dans 3 autres cas de P. G., obtenu des inoculations positives avec le même produit.

Des exemples de P. G. qui ont contracté une nouvelle syphilis semblent être ceux de *Lagrange* 31) (de Poitiers), de *Garbini* 32), de *Kiernan*, de *Christian*, de *Bucelski*, etc. (cités par *M. Milian* 24).

17 cas de syphilis primaire ou secondaire chez des tabétiques en évolution ont été rassemblés dans la littérature par *Friedlaender* 36) tout récemment. On voit des cas de P. G. concomittants avec des plaques muqueuses également dans nos obs. 5 et 19. — On peut évidemment objecter à ces cas l'absence d'une confirmation du diagnostic clinique par les moyens de laboratoire.

Cette dernière preuve nous a été fournie, nous semble-t-il, par les 5 cas récents de syphilis primaire et secondaire récente chez des tabétiques en évolution, publiés par *Friedlaender* dernièrement (36).

Dans ces cas au moins, le diagnostic a été confirmé bactériologiquement et sérologiquement.

A Paris, également, un médecin des hôpitaux nous a dit avoir observé un cas semblable tout à fait typique, qu'il se propose de publier prochainement.

D'autre part l'épidémiologie nous offre là une abondante matière à réflexion.

Ce n'est que 2 siècles environ après l'importation de la syphilis en Europe, au XVII^e siècle, que les premiers cas de démence paralytique sont décrits. Nous observons le même phénomène dans les colonies où la syphilis est d'importation récente ; les indigènes, de même que les Européens il y a 3-4 siècles, font des syphilis cutanées, osseuses, viscérales graves, mais leurs centres nerveux sont épargnés. Cela s'est vu même récemment en France, dans le Dauphiné, dans une région jusque-là indemne de syphilis, où des nourrices contaminées par des nourrissons de l'Assistance Publique de Paris, ont fait une forme cutanée grave de cette maladie.

Le même fait s'observe encore aujourd'hui dans les campagnes isolées de l'Orient de l'Europe.

Toutefois, un Européen qui prend la syphilis chez un indigène des pays exotiques peut faire, très rarement il est vrai, une syphilis nerveuse (Prof. *Jeanselme*, 28).

Nous voyons au Japon, où la syphilis nerveuse était inconnue ou presque il y a 50 ans, que celle-ci était encore rare il y a 25 ans et aussi fréquente (prof. Shuzo-Kure 24), que dans l'Occident de l'Europe aujourd'hui.

Il a donc fallu, à notre avis, un certain temps pour que le tréponème ne puisse plus vivre dans la peau et les viscères de ces personnes et a fini par se réfugier dans leur cerveau qui devient un « locus minoris resistantiæ » depuis que les Japonais, cessant d'être un peuple indolent, comme celui des colonies, ont commencé à se surmener en imitant la civilisation européenne.

Il paraît donc assez exact de dire que le degré de civilisation d'un peuple se mesure au nombre de ses P. G. ; à moins que ce ne soit l'inverse, c'est-à-dire qu'une certaine petite dose de toxine neuro-syphilitique soit nécessaire pour stimuler l'activité d'un peuple.

Dans la microbiologie nous trouvons des exemples de différenciation des microbes qui nous semblent pouvoir s'appliquer également au tréponème, pour expliquer les différents cas si complexes que l'on observe.

Ainsi, M. Bezançon, en inoculant à un lapin, sous la peau, un staphylocoque pyogène isolé du pus d'une arthrite suppurée, a vu ce microbe produire une arthrite suppurée chez le lapin ; le pneumocoque isolé dans le pus d'une otite a reproduit une otite chez le lapin ; de même Foa a pu immuniser un lapin avec le pneumocoque de la pneumonie seulement contre le même pneumocoque et non pas contre celui de la méningite, par ex. — M. Bezançon a également observé une femme qui fit une pleurésie à pneumocoques pour avoir soigné sa fille atteinte de la même affection à pneumocoques.

En discutant la question de l'unité ou de la pluralité des espèces de streptocoques, M. Bezançon écrivait : « Les qualités « spéciales inhérentes à un échantillon de streptocoque pour-
« ront d'ailleurs se transmettre héréditairement, par contagion :
« qu'un érysipèle, né *in situ* par infection du streptocoque
« saprophyte de la bouche, devienne une source de contagion,
« le streptocoque isolé de la nouvelle lésion aura les mêmes
« caractères que le premier et une véritable race pourra ainsi
« momentanément se constituer. » (F. Bezançon, Microbiologie clinique. Paris, 1920, Masson, p. 249, 221, 297).

Nous croyons que l'on peut appliquer la même théorie de l'accoutumance microbienne au tréponème.

En effet, après un certain temps de son importation dans un

pays jusque-là indemne de syphilis, pendant lequel il donne des manifestations cutanées, viscérales, osseuses graves, le sang et les viscères des habitants de ce pays finissent par devenir un milieu peu propice à sa pullulation et l'obligent, au risque de sa vie, de se réfugier dans les centres nerveux, si la chose est possible.

Mais le cérébraxe des habitants indolents des pays exotiques ne constitue pas un milieu favorable à son développement, à moins que par un changement de leur genre de vie, ceux-ci se mettant à vivre à l'européenne, à faire des opérations commerciales, financières sur une grande échelle, à se surmener cérébralement en un mot, leur névraxe devienne vulnérable et permette au tréponème du sang de s'y retirer. C'est ainsi que l'on explique le fait que, tandis que chez les arabes du nord de l'Afrique la neuro-syphilis est inexistante ou presque, en qualité de peuple indolent, chez les hommes d'affaires de même nationalité du Caire, qui font des opérations commerciales très risquées et jouent à la Bourse, la P. G. est fréquente (Jcanselme, 29).

Nous admettons donc que le terrain joue un rôle prépondérant ici.

Seulement une fois installé dans les centres nerveux, le tréponème s'y accoutume, surtout qu'il s'y trouve en une sécurité absolue ou presque, à l'abri des médications spécifiques.

Le tréponème isolé de ces centres, où il a fini par se créer un milieu très favorable, transmettra héréditairement, par contagion, son affinité pour le névraxe et une véritable race pourra ainsi se constituer, comme pour le streptocoque, etc. ; il devient neurotrope.

Toutefois, son isolement dans les centres nerveux n'est pas absolu, tout au moins à la période initiale ou préclinique de la P. G. ou du tabes ; ce tréponème neurophile ou neurotrope, circule pendant un certain laps de temps dans le sang du sujet infecté et peut être transmis *par le sang* et surtout *par le sperme*. En effet, des expériences tout à fait récentes ont démontré qu'on peut obtenir des inoculations positives chez le lapin avec ces produits, même à une période latente de la syphilis et même avec des échantillons prélevés chez des personnes non syphilitiques *cliniquement*, dont le sérum donne une réaction B.-W. positive seulement à l'antigène cholestérinisé. Il est certain que ces inoculations réussissent beaucoup plus souvent avec le sperme ou le sang des syphilitiques à la

période secondaire qu'avec ceux des syphilitiques latents (Engman et Ebersson, 37) (Uhlenhuth et Mulzer, 1912).

Mott (Brid. Med. Jour., 22, 29 nov., 6 déc. 1919) n'a pas trouvé de tréponèmes dans les testicules ni dans les vésicules séminales de 50 P. G. examinés *post-mortem*, mais y a trouvé dans deux tiers des cas une obstruction des tubes séminifères en rapport avec une infection syphilitique ou gonococcique. I pense que les trép. ayaient dû s'y trouver à un stade antérieur de la maladie.

M. Gougerot (Syph. expér., in œuvre médico chir. de Critzman, n° 71, janv. 1913), résume les travaux qui ont mis en évidence la présence presque constante des tréponèmes ou de leurs toxines dans les *testicules*, les ganglions, la rate, la moelle osseuse, etc., d'où ils font de temps en temps des incursions dans la circulation générale (retours offensifs) alors qu'ils ne s'y trouvent qu'extemporanément en général pendant la période secondaire.

Vidakowitch (Tribuna Medica de Rio de Janeiro, 1919, XXV, p. 137-141), a trouvé chez des anciens syphilitiques 5 à 10 fois plus de spermatozoïdes à tête déformée que chez les hommes normaux (10 pour mille d'habitude) et propose le spermato-diagnostic de la syphilis.

M. Levaditi avait déjà fait une remarque semblable.

Ainsi s'explique, d'après nous, la possibilité de la transmission de la neuro-syphilis quelques années après l'infection et avant l'éclosion des symptômes cliniques.

On comprend dès lors également pourquoi un syphilitique est plus longtemps contagieux pour sa progéniture (tréponèmes contenus dans le sperme) que pour sa femme.

En tout cas, à un deuxième ou troisième passage, le tréponème nerveux a suffisamment d'affinité pour les névraxes pour que, dès son inoculation (accident primaire) il puisse déterminer chez les personnes qui seront contaminées par l'intermédiaire d'un chancre ou des syphilides secondaires à tréponèmes neurophiles les mêmes manifestations ultérieures du côté du cerveau ou de la moelle que chez la personne contaminatrice.

Selon le degré d'affinité de ce tréponème pour les centres nerveux résultant du nombre antérieur de passages, il déterminera dans une plus ou moins grande proportion des localisations identiques ; seulement chez les personnes à terrain propice lorsque son affinité est faible, chez toute personne contaminée lorsque son affinité est grande.

Cette hypothèse peut satisfaire notre esprit dans l'état actuel

de nos connaissances ; seules les investigations de laboratoire arriveront probablement à en apporter la preuve définitive.

CONCLUSIONS

D'après une statistique que nous avons établie en nous servant des observations de P. G. ou de tabes d'origine conjugale, publiées par des auteurs qui ne les recherchaient pas systématiquement, il résulte que sur 100 syphilitiques qui deviennent ultérieurement tabétiques ou paralytiques, 3 en moyenne verront leurs conjoints atteints d'une neuro-syphilis semblable à la leur. Au cas surtout où ils ont été infectés à peu près en même temps, la symptomatologie, la durée et l'évolution sont généralement identiques.

Mais, comme la plupart des avariés ont contracté la maladie avant leur mariage, se sont fait soigner et ne se sont mariés que lorsque tout danger de contamination du conjoint leur semblait exclu, il faudrait, comme l'a fait M. Page, interroger et examiner avec soin l'entourage du malade, les amis, *les personnes qu'il a fréquentées peu de temps avant ou après le début de sa syphilis*, et, dans ce cas, on trouvera très probablement une proportion de contagions similaires se rapprochant de celle de cet auteur (25 0/0).

Toutefois, dans la classe élevée, plus instruite, en raison même des précautions prises par le malade, la syphilis d'origine conjugale est beaucoup plus rare.

Quant à l'hérédité similaire, rencontrée par les auteurs dans une proportion moyenne de 10 0/0, elle nous paraît également beaucoup plus fréquente en la recherchant minutieusement (au moins 20 0/0).

Ici également, nous avons noté que le plus souvent la maladie évoluait de la même façon et présentait le même aspect clinique que chez l'ascendant transmetteur ; et c'est *au premier enfant survivant après une série de f.-c. et d'enfants mort-nés qu'échoit cet héritage similaire*.

La proportion élevée de ces contagions et hérédités similaires, leur symptomatologie et évolution identiques ne nous

semblent pas pouvoir s'expliquer par une simple coïncidence, ni par l'influence exclusive du terrain ; nous croyons qu'il faut faire une part aussi à l'affinité du virus, dans bon nombre de cas, pour les centres nerveux.

Pour expliquer cette affinité, il nous semble que la théorie de l'accoutumance microbienne, démontrée pour le pneumocoque (ototrope, pleurotrope du prof. Bezançon), le staphylocoque (arthrotrope, de Bezançon), le streptocoque et d'autres microbes, pourrait être applicable également au tréponème.

Celui-ci, après avoir pendant plusieurs générations après son importation dans un pays, indemne jusqu'alors de syphilis, déterminé des manifestations cutanées, osseuses et viscérales graves, par suite d'une moindre réceptivité des organismes qui arrivent à la longue à constituer un milieu peu propice à son développement, se réfugie, si possible, dans les centres nerveux ; ces derniers, à l'abri des substances tréponémicides, et par suite d'antécédents névropathiques héréditaires ou acquis, qui en font un *locus minoris resistentiæ*, deviennent son paradis retrouvé. Enchanté de l'hospitalité que lui offrent le cerveau et la moelle, et de la sécurité absolue ou presque dans laquelle il s'y trouve, il devient *neurophile*.

Cette neurophilie augmente à un deuxième passage et devient du *neurotropisme*. Peut-être après un certain nombre de passages arrive-t-il à se différencier tellement du tréponème banal, que dans certains cas il paraît permettre la réinoculation de la syphilis (accidents primaires et secondaires) pendant un tabes ou une paralysie générale en pleine évolution, comme des observations récentes tendent à le prouver.

Ce virus, devenu neurophile, se fixera sur le névraxe seulement chez les prédisposés si son affinité pour les centres nerveux est faible, chez tout sujet infecté si son degré de neurotropisme est grand pour avoir subi un plus grand nombre de passages.

D'autre part, les sujets ayant de lourdes tares nerveuses ou surmenés à l'excès, pourront fixer sur leur névraxe même un tréponème banal. Ceci expliquerait à notre avis pourquoi, dans quelques cas rares, on voit des lésions tertiaires ayant succédé à une syphilis secondaire floride, chez certains P. G. ou tabétiques.

Devant ces constatations, on devrait s'attacher à examiner très attentivement et à suivre toutes les personnes de l'entourage d'un P. G. ou d'un tabétique qu'il aurait pu contaminer, afin de dépister chez elles la syphilis nerveuse latente à la

phase préclinique de Ravaut, si possible, pour pouvoir ainsi appliquer à temps une thérapeutique utile.

D'autre part, il faudrait instruire tout le monde, la classe ouvrière et paysanne surtout, des dangers de la contamination vénérienne d'origine conjugale.

Nous croyons aussi que la création d'un livret de santé obligatoire et individuel, exigible surtout des personnes qui veulent se marier, ferait diminuer dans une grande mesure la fréquence de ces terribles maladies.

Vu : le Président de la thèse,

JEANSELME

Vu : le Doyen

ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,

P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- 1) C. *Piso*, *Selectionum observationum et conciliorum* lib. I, Nancy, 1606.
- 2) W. *Thomas*, *De anima brutorum*, pars II, cap. 9, 1681.
- 3) *Pinel*, *Dictionn.* en 60 vol., art : *Adynamie*, p. 162.
- 4) *Esquirol*, *Ibid.*, art : *Démence, Folie*.
- 5) *Bayle*, Thèse de Paris, 1822.
- 6) *Neumann*, *Lehrbuch der Psych.*, p. 635 ; 1859.
- 7) *Doutrebente*, Thèse de Paris, 1870.
- 8) *Krafft-Ebing*, *Arch. f. Psych.*, VII, 1877.
- 13) *Clouston*, *Journ. of Mental Sciences*, oct. 1877.
- 15) *Fournier*, *Leçons clin.*, France Médicale, 1885.
- 27) *Régis*, *Manuel prat. des mal. ment.*, 1885.
- 10) *Idrnow*, *Ann. Médico-Psych.*, 1894, p. 401.
- 11) *Kr.-Ebing*, *Progr. Paral.*, in *Nothnagel's*, IX, Wien, 1894.
- 31) *Lagrange*, *Revue Neurol.*, 1895, p. 515.
- 9) *Krafft-Ebing*, *Jahrh. f. Psych.*, XIII, 1895, p. 127.
- 23) *Mott* (Sir Fr. W.) Notes of 22 cases of juv. gen. par., *Arch. of neurol. from pathol. laboratory of London County Asylums*, 1899.
- 17) *Raecke*, *Monatschr. f. Psych. u. Neurol.*, 1899.
- 32) *Garbini*, *Riv. sperim. di Freniatria*, f. 1-2, 1903, p. 354.
- 28) *Jeanselme*, *Dermat. exot.*, Masson, 1904, p. 145.
- 19) *Junius et Arndt*, *Monatschr. f. Psych. u. N.*, 1908, f. II, p. 10.
- 29) *Jeanselme et Rist*, *Pathol. exot.*, 1909, p. 460.
- 30) *Hutinel*, *Traité mal. enf.*, tome V, 1909, p. 373.
- 25) *Gayet*, - . G. et tabo-P. G. dans le Nord, *Th. Lille*, 1909.
- 22) *Arsimoles et Halberstadt*, P. G. juv., *Ann. méd.-psych.*, 1910.
- 20) *Vallès*, *Tabes conjugal*, *Th. Toulouse*, 1910.
- Gougerot*, *Syph. expériment.*, œuvre méd.-chir. de *Critzman*, n° 71.
- Sanguinetti*, *Formes de P. G.*, *Th. Paris*, 1916-17, n° 34.
- 33) *Levaditi et A. Marie* : Et. sur trép. de la P.-G., *Ann. I. P.*, nov. 1919.
- 24) *Congrès de Neurologie 1920*, in *Rev. Neur.*, juillet 1920.
- 26) *Crocq*, *Congrès de Neurologie 1920*, 9 juillet.
- 34) *Sicard*, *Unité du virus syph.*, *Presse Méd.*, 28 VII 1920.
- 35) *Levaditi et Marie*, *Pluralité des virus syph.*, *P. M.*, 15. 9. 1920.
- 36) *Friedlaender*, *Berl. Kl. Woch.*, 4. IV 1921.
- 37) *Engman et Ebersson*, *Arch. of Dermat. et Syph.*, avril 1921 I.
- 38) *Desage*, *Syphilis nerveuse*, *Th. Montpellier*, 1921.

Observations de Paralyse Générale Conjugale

- Ludwig Acker*, Casuist. des P. G., Zeit. f. Psych., 1887.
Evrard, Etiologie de la P. G., Th. Paris, 1889.
Cullerre, Note sur la P. G. conj., Congrès de Rouen, 1890.
Henri, Rapp. de la syphilis et de la P. G., Th. Bordeaux, 1894.
Ingeltrans, Formes anormales de tabes, Th. Paris, 1897.
Crété, P. G. chez la femme, th. Paris, 1899.
Kéraval et Raviart, 5^e P. G. conj., Arch. de Neur., 1902.
Garnier et Santenoise, Arch. Neurol., 1905.
Babinski, Tabes et P. G. conj., Journ. des Praticiens, 1906.
Leroy, P. G. conj. et ses rapp. avec Syph., Th. Paris, 1906.
Beaussart, Séro-diagn. de la syphilis, Th. Paris, 1909.
Gerich, P. G. et tabes conj., Th. Leipzig, 1910.
A Marie et Beaussart, Bull. Soc. clin. méd., 1910.
Laignel-Lavastine et Mercier, Encéphale, 1912, II, p. 470.
A Marie et Legrain, Cas de P. G. conj., Soc. clin. méd. ment., 1920.

Observations de Tabes Conjugal

- 12) *Strümpell*, Neurologische Centralblatt, n° 5, 1888.
Ormerod, Hospital Reports. t. XXV, Lond., 1889.
Goldflam, Deut. Zeits., f. Nervenh., 1892.
Mæbius, Centralbl. f. Nervenh., 1893, p. 401.
Mendel, Comm. à la Soc. Psychiat., Berlin, 1895.
Weir-Mitchell, Journ. nerv. Ment. Dis., N. Y., 1895.
Luhmann, Neurol. Centralbl., 1895.
Erb, Berl. Klin. Woch., n° 11, 1896.
Trevelyan, Brit. Med. J., 9 avril 1897.
Mendel, P. G. et tabes conj., Neurol. Centr., 1898.
Kron, Deut. Zeitsch. f. Nervenh., 1898.
Nonne, Berl. kl. Woch., 1899.
Déjerine, in th. Lalou (Tabes conj.), Paris 1899.
Raymond et Chevassus, in th. Lalou, 1899.
Souques C.-R. Soc. Neurol., avril 1900.
18) *Mönkemüller*, Monatschr. f. Psych. u. Neur., 1900.
Chevallereau et Chaillous, Soc. d'Opht., 1902.
Babinski, Tabes conj., in. th. Pourreyon, Paris 1903.
Hudovernig, Neurol. Centralbl., avril 1903.
Leroy, Tabes conj. Ann. médico-psych., juin 1910.
Mareau et Narcy, Tabes conj. avec cécité, Progr. Méd., 1912.
Throckmorton, Journ. of. nerv. et ment. dis., 1917, p. 292.

Observations de Paralyse Générale Juvénile Héréditaire

- Rousseau, P. G., Arch. clin. mal. ment., Baillarger, 1861.
14) Turnbull, Journ. of mental sciences, oct. 1881, p. 391.
Sauton, Héréd. morb. et manif. vésan., th. Paris, 1883.
Rey et Manière, Ann. méd.-psych., 1883.
Homen, Arch. f. Psych., 1891, fasc. II, p. 191.
Westphall, Charité Annalen, 1891.
Major, British Med. Journal, 17 déc. 1892.
Nolan, Mental Science, avril 1893.
Gudden, Archiv f. Psychiat., 1894, p. 460.
Middlemass, Journ. of mental sc., janv. 1894.
Streitberger, Progr. Par. im jug. Alter, th. Iéna, 1894.
Régis, 2 P. G. inf., Bull. Soc. Méd. Bord., 5. 12. 1895.
Alzheimer, Allg. Zeitsch. f. Psych., 1896, p. 573.
Joffroy, Rev. de Psychiat., 1898.
Thiry, P. G. dans le jeune âge, th. Nancy, 1898.
Wahl, Descend. des P. G., th. Paris, 1898-9.
Toulouse et Marchand, Soc. méd. hôp., 23. VI. 1899.
Semper, th. Paris 1904.
Brissaud et Gy, Rev. Neur., janv. 1909.
Bonneau, th. Paris, 1909.
Mondor, 2 cas de P. G. juv., Encéphale n° 2, 1909.
Gautier, Soc. clin. méd. ment., 16 juin 1910.
Daniouchevsky, th. Paris, 1912, n° 415.

Observations de Tabes Juvénile Héréditaire

- 16) Remak, Berl. kl. Woch., 1885, n° 7.
Mendel, Festschrift für Lewin, 1895.
Bloch, Neurol. Centralbl., 1897, p. 94.
Kalischer, Neur. Centr., 1897, p. 1118.
Dees, Psych. Woch. n° 21, 1899.
Giannulli, Riv. quindic. di psicol. neurop., 15. IX. 1899.
Kaplan et Meyer, Allg. Zeitsch. f. Psych., Mars, 1900.
Dydyński, Neur. Centralb., 1900, p. 298.
Kütner, Allg. Zeitsch. f. Psych., 1900, fasc. II, p. 415.
Brooksbank, Lancet, 28 déc. 1901.
Brasch, D. Zeitsch. f. Nervenhe., fasc. II, 1901.
Babinski, 2 tabès hér., Soc. méd. Hôp., 24 oct. 1902.
Grinker, Journ. of nerv. and ment. dis., 1904, p. 753.
Dubois, Soc. de Neurol., 11 juillet 1918.
Lereboullet et Mouzon, Paris Méd., 1919, févr.
M^{me} Long-Landry, Soc. de Neurol., 3 mars 1921.
-

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris. — 5153-21

